FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ANDRÉ DEROCQUE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Rouen, le 6 Août 1898

Travail de la Clinique Gynécologique du Professeur J.-L. FAURE

ENDOMÉTRIOMES VAGINAUX ET PARA-VAGINAUX

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TRIFFANEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène et médecine préventive	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIERE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
VELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

66792

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur J.-L. FAURE

Professeur de clinique gynécologique
de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur DÉVÉ

Professeur de clinique médicale
a l'Ecole de Médecine de Rouen
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

En souvenir de l'année passée dans son service, et qui compte parmi les plus précieuses de nos études.

A Monsieur le Docteur A. SIREDEY

Médecin honoraire des hopitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

En hommage de ma profonde reconnaissance pour l'affectueuse sollicitude qu'il m'a toujours témoignée.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1919-20. M. le Docteur DÉVÉ (Rouen).
1920. M. le Docteur SIREDEY (St-Antoine).

Externat

1921. M. le Docteur DUJARIER (Boucicaut).
1922. M. le Docteur GARNIER (Lariboisière).

Internat

1923. M. le Docteur CHEVRIER (Broussais).
1924. M. le Docteur MOUCHET (St-Louis).
— . M. le Docteur ROBINEAU (Necker).
1925. M. le Professeur J.-L. FAURE (Broca).
1926. M. le Docteur BAUDET (Bichat).

A. M. le Professeur agrégé P. MATHIEU.

A M. le Docteur DOLÉRIS, accoucheur honoraire des hopitaux, membre de l'Académie de Médecine.

A MM. les Docteurs BAUMGARTNER, J. BERGER, BOPPE, GATELLIER, MOULONGUET, chirurgiens des hopitaux.

A M. le Docteur DEVRAIGNE, accoucheur des hopitaux.

A MM. les Docteurs DOUAY et TURQUETY.

Introduction

On rencontre dans les parois de l'utérus, ou en dehors de cet organe, des tumeurs curieuses composées d'un stroma fibro-musculaire et d'éléments identiques à la muqueuse utérine tant au point de vue morphologique que fonctionnel.

Malgré que ces tumeurs soient bien connues depuis les travaux de Rokitansky, de Recklinghausen, malgré que les auteurs anglo-américains et allemands leur aient consacré de longues études, on ne s'est pas encore entendu sur la dénomination à leur attribuer. Certains, insistant sur la présence très fréquente d'éléments glandulaires, disent « *adénomyomes* ». D'autres, estimant qu'il ne s'agit pas là de véritables tumeurs, préfèrent les termes d' « *adénomyose* » ou de « *prolifération épithéliale endométrioïde hétérotopique* ». D'autres encore, voulant mettre en valeur la genèse inflammatoire qu'ils invoquent, parlent d' « *adénomyosite* ». D'autres auteurs enfin, remarquant que l'élément fibro-musculaire n'est pas constant dans de telles tumeurs, que les formations glandulaires ne sont que des dépendances de véritables îlots de muqueuse utérine, et

que le seul élément constant et caractéristique est la présence de tissu identique à l'endomètre, appellent ces tumeurs « *endométriomes* ».

Nous ne pouvons discuter ici la valeur respective de ces différentes appellations avant d'avoir exposé les données étiologiques et pathogéniques qui doivent orienter le choix. Au cours de ce travail nous emploierons indifféremment les deux termes : adénomyome ou endométriome.

Localisation des Adénomyomes.

Cullen (de Baltimore) qui, dans plusieurs travaux d'ensemble, a fixé admirablement l'histoire de ces curieuses néoformations, classe ainsi les diverses localisations des adénomyomes :

1) Adénomyomes du corps de l'utérus.
2) — de la corne utérine.
3) — du ligament rond.
4) — du ligament utéro-ovarien.
5) — du ligament utéro-sacré.
6) — du septum recto-vaginal.
7) — de l'ovaire.
8) — de l'intestin.
9) — de l'ombilic.
10) — de la paroi abdominale.

On voit donc que, à côté de certains adénomyomes qui siègent dans l'utérus, où l'existence d'une tumeur contenant de l'endomètre paraît assez faci-

lement expliquable, on en trouve d'autres que l'on peut qualifier d'*adénomyomes ectopiques* et dont l'origine semble obscure à première vue.

Fig. 1. — *Schéma des différentes localisations des endométriomes.* (D'après Culen).

1. Corps de l'utérus.
2. Septum recto-vaginal.
3. Corne utérine et trompe de Fallope.
4. Ligament rond.
5. Hile de l'ovaire.
6. Ligament utéro-ovarien.
7. Ligament utéro-sacré.
8. Sigmoïde.
9. Muscl grand-droit de l'abdomen.
10. Ombilic.

Grâce à l'obligeance de MM. Baumgartner et Douay, nous avons eu l'occasion d'observer un adénomyome appartenant à cette catégorie. Développé dans l'espace recto-génital, adhérant au rectum, il avait envahi le cul-de-sac vaginal et fusé dans le ligament large gauche où il englobait l'uretère. Il s'agissait, en somme, d'un cas typique de ce que Cullen décrit sous le nom d'adénomyome du septum recto-vaginal.

Nous ne croyons pas que cette dénomination soit heureuse, car habituellement ce n'est pas dans le septum lui-même, que siège la tumeur ; c'est au-dessus de lui, dans l'espace recto-génital compris entre le rectum en arrière, le col et la partie toute supérieure du vagin en avant. De plus nous ne pensons pas qu'on doive séparer de ces adénomyomes recto-génitaux ceux qu'on observe dans le ligament utéro-sacré ou dans la base du ligament large. Ces localisations ne peuvent être différenciées que lorsque la tumeur est un tout petit nodule au début. Lorsque l'adénomyome a pris une certaine extension, quel qu'ait été le siège du nodule initial (col, vagin, ligament utéro-sacré, base du ligament large), on trouve un bloc diffus ayant envahi tout l'espace recto-génital, s'étendant latéralement jusqu'à l'uretère, et il est alors impossible de déterminer quelle était la localisation primitive. D'ailleurs lorsqu'on lit les observations publiées sous le nom d'adénomyome du septum recto-vaginal, on peut se convaincre que quelques auteurs ont décrit des tumeurs

que d'autres auraient classées parmi les adénomyomes du ligament utéro-sacré ou du tissu cellulaire para-vaginal.

Au surplus, si on voulait créer une classe spéciale pour chaque localisation de début, il faudrait, comme le voulait Ruge, démembrer l'adénomyome du septum recto-vaginal, et distinguer des adénomyomes vaginaux, recto-vaginaux, et cervicaux. Nous ne croyons pas que l'histoire de cette affection gagnerait beaucoup en clarté à ce démembrement.

Il est au contraire bien préférable de réunir dans une même étude tous ces *adénomyomes vaginaux et para-vaginaux*. Ils constituent un groupe bien individualisé par un certain nombre de caractères importants, qui lui confèrent un aspect clinique très spécial : Adhérence précoce au rectum, extension possible à la base des ligaments larges avec compression des uretères, tumeur perceptible par le toucher vaginal et envahissant parfois même la paroi du vagin pour venir pointer dans sa cavité.

On objectera que, lorsque l'adénomyome se développe dans le tissu para-vaginal antérieur, la physionomie doit être tout autre. Mais cette localisation vésico-vaginale semble tout à fait exceptionnelle : Judd et Foulds en ont vu un cas à la clinique Mayo, et Polster dit en avoir recueilli cinq observations dans la littérature. Nous ignorons quels sont les cinq cas auxquels ce dernier auteur fait allusion : nous n'avons relevé que trois observations où des éléments endométriaux avaient une localisation vésico-

utérine. Encore ne s'agissait-il que de petits nodules insignifiants, et chaque fois on en trouvait également dans le Douglas (obs. CXVII, CXVIII, CLXVII).

Nous pouvons donc dire que les adénomyomes para-vaginaux sont pratiquement toujours postérieurs ou postéro-latéraux.

C'est à ces adénomyomes vaginaux et para-vaginaux que nous limiterons notre étude, basée sur les 196 observations que nous avons pu réunir.

Cette classe d'adénomyomes a été l'objet de nombreux travaux étrangers tant en langue allemande (R. Meyer, Schickelé, Sitzenfrey, Renisch) qu'en langue anglaise (Cullen, Sampson, Lockyer, Arch. Donald). Elle a été, par contre, tout à fait négligée en France où presque tous les traités classiques les passent entièrement sous silence. Les quelques observations publiées, les articles de L. Bazy et de Forgue et Massabuau sont restés sans échos. Seuls Boursier et Auvray, dans leur précis de Gynécologie paru tout récemment, font aux adénomyomes la place à laquelle ils ont droit. Enfin cette étude était en cours de publication, quand parut le travail de Michon et Comte dans le *Journal de Chirurgie*.

Malgré nos efforts un certain nombre de cas publiés ont échappé à nos recherches, et il nous a été impossible de consulter les observations de Forssznor, Miles, Krakowsky, Mahle et Mac-Carty, Brady.

Un grand nombre d'autres auraient eu le même sort sans l'extrême obligeance du Professeur Schic-

kelé, qui nous a permis de puiser librement dans sa bibliothèque. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour la grande amabilité avec laquelle il nous accueillit dans sa clinique de Strasbourg.

Nous remercions également très vivement MM. Baumgartner et Douay, auxquels nous devons la très intéressante observation originale, qui a été le point de départ de ce travail.

Etiologie

1) Fréquence.

Si l'on s'en tenait à la recherche des observations publiées, on pourrait en conclure que l'endométriome vaginal ou para-vaginal est tout à fait exceptionnel. En France, en particulier, il n'y avait, jusqu'à l'année dernière, que quatre observations publiées. Mais, en réalité, il est probable que nombre de cas sont passés et passent inaperçus, confondus avec des affections inflammatoires péri-utérines ou avec des néoplasmes du rectum.

Il est remarquable, en effet, que les auteurs qui connaissent bien les endométriomes en observent un nombre relativement considérable. En ce qui concerne la localisation recto-vaginale, Cullen a publié dix-neuf cas, Arch. Donald quinze, et King dit en avoir observé cinquante-deux.

Il est encore plus difficile de se faire une idée de la fréquence des adénomyomes vaginaux et para-vaginaux relativement aux semblables tumeurs d'autres localisations. Les statistiques intégrales publiées par quelques auteurs donnent des proportions absolument différentes :

LOCALISATION DE L'ADÉNOMYOME	JUDD ET FOULDS Statistique de la Clinique Mayo de 1911 à 1923	POLSTER Statistique des cas relevés dans la littérature	KING Statistique personnelle
Recto-vaginale	14	90	52
Vésico-vaginale	1	5	
Utérine	464	1.000	17
Tubaire			4
Ovarienne			23
Péritonéale			26
Inguinale	3	34	
Intestinale	5	80	
Ombilicale	1	30	
Paroi abdominale	6	56	
TOTAL	494	1 295	122

On voit donc que ces trois statistiques donnent des proportions d'adénomyomes recto-vaginaux de 2,8-6,9 et 42 pour 100.

2) Age. Influence de la grossesse.

Un fait extrêmement frappant est que ces tumeurs apparaissent à peu près exclusivement chez des femmes à la période d'activité génitale. Parmi les observations que nous avons rassemblées, la malade la plus jeune avait 23 ans, la plus âgée avait 55 ans, et la grosse majorité des cas concerne des femmes entre 40 et 45 ans.

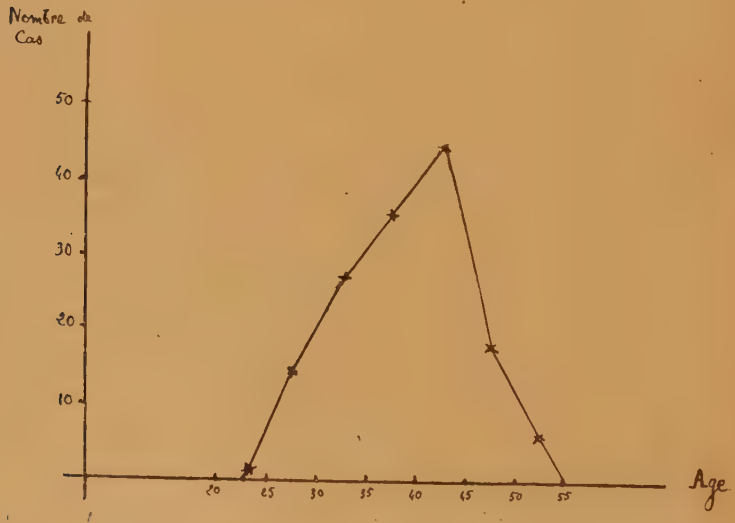


Fig. 2 - Courbe indiquant les variations de fréquence de l'adénomyome para-vaginal avec l'âge -

L'examen du graphique ci-contre (Fig. 2) montre que c'est à cette période de la vie qu'on rencontre le plus grand nombre d'endométriomes para-vagi-

naux. Passé cet âge, la fréquence diminue considérablement.

On a discuté l'influence des grossesses antérieures sur le développement des adénomyomes, mais les auteurs sont arrivés aux conclusions les plus contradictoires.

Les uns disent que ces tumeurs apparaissent dans la règle chez des femmes stériles. Les autres prétendent, au contraire, que les malades ont présenté antérieurement une ou plusieurs grossesses.

Cette question n'est précisée que dans 99 de nos observations. Sur ce nombre, 47 malades n'avaient jamais eu d'enfant, et, parmi elles, 5 se plaignaient tout spécialement de leur stérilité. Les autres avaient eu une ou plusieurs grossesses normales, et l'une d'elles avait même accouché douze fois dans de bonnes conditions.

Il faut donc se garder des affirmations trop absolues sur le rôle de la grossesse ou l'importance de la stérilité.

Anatomie pathologique

I. Etude macroscopique

Au point de vue anatomique, l'adénomyome para-vaginal se présente sous des aspects assez différents, qui dépendent, non seulement du stade évolutif, mais aussi de l'importance relative de tel ou tel élément de la tumeur, de la prédominance de l'élément glandulaire, ou au contraire, de l'élément fibromyomateux.

Parfois on trouve sous le péritoine un grand nombre de tout petits nodules disséminés, indépendants les uns des autres, séparés par du tissu cellulaire et du péritoine sains. Nous étudierons cette catégorie de faits sous le nom de « *Forme disséminée ou à noyaux multiples* ».

Parfois encore on est en présence d'une tumeur unique volumineuse, où le stroma fibro-musculaire est réduit à une mince coque, entourant une ou plusieurs cavités kystiques de grandes dimensions. Cet aspect, qui rappelle le type habituel des endométriomes ovariens, est exceptionnel pour l'endométriome para-vaginal. Quelques cas publiés nous per-

FIG. 3. — *Aspect déprimé, cicatriciel du péritoine du Douglas dans un cas d'adénomyome recto-génital.* (D'après CULLEN).

mettront, néanmoins, d'individualiser une *forme kystique.*

Presque toujours en réalité on trouve une tumeur unique dont les espaces kystiques sont de dimensions très restreintes, noyés dans un stroma fibro-musculaire abondant, et l'adénomyome se présente comme une tumeur solide dont le tissu rappelle soit le fibromyome utérin, soit le carcinome.

La tumeur n'est pas encapsulée, et ses limites sont assez indécises. Sa surface est rugueuse, inégale, déchiquetée, et il en naît parfois des cordons épais d'apparence fibreuse, qui vont adhérer aux organes voisins.

La consistance est habituellement ferme, dure, pouvant même opposer aux ciseaux la résistance du cartilage. Pourtant, s'il y a grande abondance de tissu glandulaire et de cavité kystique, la tumeur est molle, spongieuse et friable (obs. XVIII et XLVI).

A la coupe, la tumeur se montre constituée d'un tissu blanchâtre, d'apparence fibreuse, avec des zones plus claires, presque translucides, et d'autres opaques, jaunâtres. Par places la tumeur est parsemée de petites cavités kystiques du volume d'une tête d'épingle ou d'un pois, et de fentes allongées, d'où une structure caverneuse, un aspect crevassé, comme vermoulu. Ces cavités contiennent soit un nodule jaune-verdâtre ayant la consistance du mastic, soit une masse gélatineuse, soit un liquide d'apparence aqueuse, soit du sang, soit un liquide brun chocolat (sang altéré). Ces traces d'hémorragies ré-

centes et anciennes se retrouvent même dans les régions de la tumeur où les cavités ne sont pas visibles à l'œil nu, mais où l'on aperçoit des traînées de teinte rouille, des zones foncées, bleu-noir ou chocolat.

En somme, l'adénomyome para-vaginal, dans son type habituel, présente tous les caractères du tissu adénomyomateux en général. Pour décrire de façon plus précise les aspects spéciaux à la localisation para-vaginale, il nous faut étudier la tumeur à différents stades évolutifs et distinguer :

1) Un stade de début, où la tumeur n'est encore qu'un noyau assez bien limité. C'est la *forme nodulaire.*

2) Un stade plus avancé, où la tumeur a diffusé et envahit les organes voisins. C'est la *forme diffuse.*

Ces deux formes suffisent à caractériser les aspects successifs de la tumeur. Nous croyons inutile d'y ajouter la forme pelvienne de Michon et Comte, car elle correspond à un simple degré de la forme diffuse. La classification de Cullen, qui comporte quatre stades évolutifs, nous paraît également inutilement compliquée, tout en restant très artificielle, puisqu'elle ne fait pas mention de l'envahissement vaginal.

En définitive, nous étudierons successivement deux stades évolutifs du type habituel :

1) *Forme nodulaire ;*

2) *Forme diffuse.*

FIG. 4. — *Forme vaginale d'un adénomyome au début* (d'après CULLEN). — La pièce opératoire, composée de l'utérus et d'une portion du vagin, a été sectionnée sagittalement. Dans la paroi vaginale postérieure au voisinage du col est un nodule parsemé de petites zones noirâtres. (Obs. LXXIV.)

Puis deux types un peu particuliers et beaucoup moins fréquents :

3) *Forme kystique ;*

4) *Forme disséminée ou à noyaux multiples.*

1) Forme nodulaire.

La forme nodulaire correspond à la phase du début de l'adénomyome. La tumeur commence par une petite induration, un petit épaississement, qui devient bientôt un nodule. C'est à ce moment seulement qu'elle est habituellement reconnue. Elle est alors du volume d'un haricot ou d'une petite noisette.

Ce nodule initial peut naître en un point variable, mais il semble que son siège d'élection soit la face postérieure de la portion supra-vaginale du col utérin. Plus rarement, le nodule se développe dans la paroi du cul-de-sac vaginal postérieur. Exceptionnellement, enfin, dans le ligament utéro-sacré.

Il ne paraît pas impossible que la lésion puisse débuter dans la paroi rectale antérieure, puisqu'il existe bien des adénomyomes sigmoïdiens, mais nous n'avons pas trouvé d'observation d'adénomyome à début nettement rectal, et avons éliminé les endométriomes sigmoïdiens qui, à un stade avancé de leur évolution, atteignaient l'espace recto-génital (obs. 4 de Judd et Foulds).

Enfin, nous avons recueilli une seule observation

certaine où le nodule initial siégeait dans le paramètre (obs. LXXXVII).

Nous dirons donc que l'adénomyome, au début, peut se présenter sous trois formes essentielles :

a) Nodule rétro-cervical ;
b) Nodule vaginal ;
c) Nodule utéro-sacré.

a) *Nodule rétro-cervical:* — Le nodule rétro-cervical se fixe sur la paroi postérieure du col, soit au voisinage immédiat de l'insertion vaginale, soit plus haut, au niveau de l'orifice interne. Il n'est pas toujours exactement médian et peut se trouver tout près de l'insertion du ligament utéro-sacré.

Lorsque le nodule est encore de dimensions minimes, il ne fait pas de saillie appréciable dans le Douglas et l'attention n'est attirée au cours de l'intervention que par l'aspect anormal du péritoine à ce niveau. On remarque, en effet, une petite zone où la séreuse a perdu son aspect lisse habituel. Elle paraît ridée, froncée. On a l'impression d'une cicatrice plus ou moins déprimée, en cul de poule (Figure 3).

A la palpation on sent une induration, un épaississement, ou même un noyau ferme bien net. Si on enlève d'un seul bloc le noyau avec l'utérus, on peut se rendre compte que la petite tumeur, encore assez bien limitée, n'est pourtant pas encapsulée ; il est impossible de l'énucléer, et elle paraît vraiment

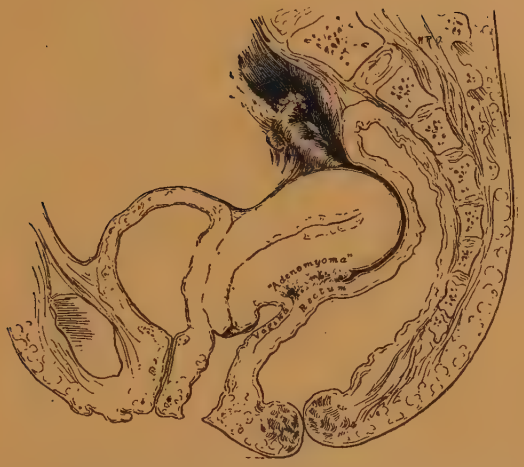


Fig. 5. — *Adénomyome recto-cervical* (d'après Sampson). — Coupe sagittale du bassin. Adénomyome de la face postérieure de l'utérus, adhérant au rectum. On voit que la tumeur peut se développer soit en arrière, pour envahir la paroi rectale, soit en bas pour infiltrer l'espace recto-vaginal ou venir pointer dans la cavité du vagin (Obs. CXVIII).

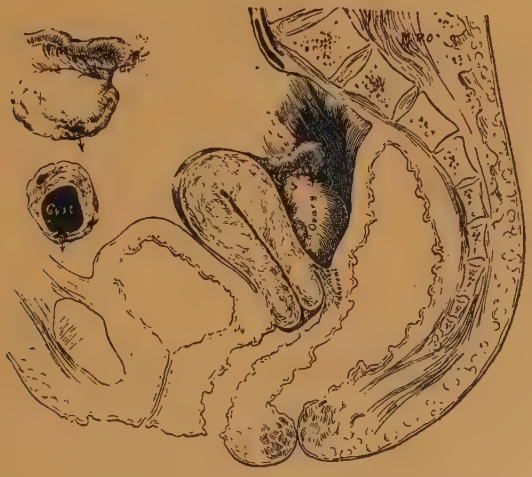


Fig. 6. — *Adénomyome recto-vaginal* (d'après Sampson). — Coupe sagittale du bassin. Kyste perforé de l'ovaire droit. Le fond du Douglas est complètement oblitéré par la fusion recto-vaginale qu'a réalisée l'adénomyome (Obs. CXIX lors de la première intervention).

faire partie de l'utérus dont on ne peut la détacher qu'à l'aide d'un instrument tranchant.

Il est d'ailleurs exceptionnel d'observer, ainsi, l'adénomyome tout au début. Il semble que très rapidement la tumeur, née du col, adhère au rectum. Même lorsqu'on observe une tumeur de petites dimensions (noisette, amande), il est habituel de trouver l'utérus uni au rectum par quelques adhérences lâches, au-dessous desquelles on découvre la petite masse dure, solidarisant les parois rectale antérieure et cervicale postérieure. C'est déjà une étape de plus qui établit la transition avec la forme diffuse.

b) *Nodule vaginal.* — Le début par un noyau situé dans la paroi vaginale paraît avoir été plus rarement observé. C'est alors, dans la partie toute supérieure de la paroi vaginale postérieure que se développe le nodule .Seul Nadal (obs. XLVII) a vu un adénomyome né beaucoup plus bas, plus près de la vulve que de l'utérus.

Lorsque le noyau occupe la couche externe de la paroi vaginale, il provoque, comme le noyau cervical, la formation d'une zone ridée, plissée du péritoine, et la muqueuse vaginale peut être absolument intacte (obs. CLXXIV), ou simplement épaissie, moins souple (obs. CXCIV).

Mais lorsque la tumeur atteint la muqueuse, elle se présente à ce niveau sous un aspect particulier : on trouve dans la paroi vaginale un ou deux petits kystes bleu-rougeâtre ou bleu-noir, du volume d'un

pois ou d'une petite noisette, contenant du sang, et la muqueuse vaginale voisine paraît ridée, déprimée (obs. XLI-LXXVI-CLXXIII). Une coupe longitudinale de la pièce de colpo-hystérectomie peut seule bien mettre en évidence qu'autour de ces kystes existe une zone épaissie avec de petits foyers hémorragiques (Fig. 4).

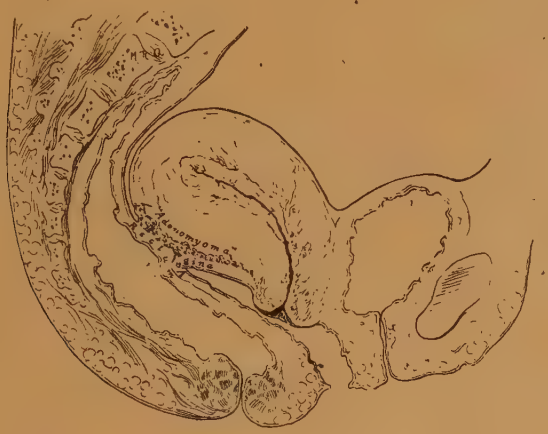


FIG. 7. — (D'après SAMPSON). — Les deux figures précédentes représentaient des cas au début. Ici la tumeur intéresse les parois utérine, vaginale et rectale. Le cul-de-sac postérieur du vagin, entraîné loin du rectum par la rétroflexion, adhère à la face postérieure de l'utérus (Obs. CXV.)

Cette forme de nodule vaginal est rarement observée, car très rapidement, alors même qu'elle n'a qu'un tout petit volume, la tumeur a tendance à se fixer en haut au col (obs. LXXXI) et surtout en arrière au rectum (obs. LXXXII, CLXXXVII), évoluant ainsi vers la forme diffuse.

c) *Nodule utéro-sacré.* — Autant l'envahissement des ligaments utéro-sacrés est chose fréquente à un stade avancé des adénomyomes du Douglas, autant cette localisation paraît exceptionnelle au début.

Cullen a été le premier à signaler cette variété, qu'il distingue d'ailleurs des adénomyomes de l'espace recto-vaginal. Il trouva dans le ligament utéro-sacré gauche, à distance de l'utérus, un nodule de 15 mm. de diamètre, qui montra la structure typique de l'adénomyome (obs. LXXXIV).

Le même auteur en a probablement observé un autre exemple : il s'agissait d'un kyste de même dimension, situé dans le ligament utéro-sacré droit, à 3 cm. de l'utérus, et contenant une matière brun-jaunâtre ayant la consistance du mastic. Mais l'examen histologique n'ayant pas permis d'être affirmatif, nous n'avons pas cru devoir retenir cette observation, malgré les grandes probabilités de la nature adénomyomateuse.

W. Russel a également rencontré un adénomyome utéro-sacré gros comme un pois (obs. LXXXV).

Enfin, dans un cas de Michon et Comte (obs. CXCII) la tumeur du volume d'une grosse noisette s'était développée dans le ligament utéro-sacré droit contre l'utérus. Le ligament, épaissi et rétracté, maintenait l'utérus en rétroversion. Dans une observation de Wilson (obs. LVIII) il s'agissait, de même, d'une infiltration diffuse du ligament utéro-sacré gauche.

2) Forme diffuse.

Que le nodule primitif ait débuté dans la paroi vaginale, à la face postérieure du col, dans le ligament utéro-sacré, ou dans le paramètre, il s'accroît progressivement et irrégulièrement, ses limites deviennent de plus en plus imprécises, et l'adénomyome devient une tumeur diffuse qui tend à comprimer ou infiltrer les organes voisins. Cette tumeur forme, alors, une masse plus ou moins volumineuse, logée le plus souvent dans l'espace recto-génital, où elle est masquée par des adhérences péritonéales, et d'où elle diffuse dans le tissu cellulaire adjacent.

Les organes intéressés de la façon la plus constante sont le col utérin, le vagin et le rectum. Nous avons vu en effet que, même à un stade précoce, un nodule cervical ou vaginal intéresse rapidement la paroi rectale, dont le décollement devient parfois impossible : le cul-de-sac de Douglas a entièrement disparu. Col, rectum et ligaments utéro-sacrés ne forment plus qu'un même bloc.

Le plus souvent la *paroi rectale antérieure* est seule intéressée. Parfois pourtant la tumeur a diffusé en outre latéralement, de sorte que le conduit intestinal paraît véritablement encerclé par la masse adénomyomateuse (obs. LXXXVI). On conçoit ainsi que ces formes puissent aboutir à des sténoses rectales assez serrées.

Quand on essaie de libérer le rectum, on se rend compte généralement qu'il n'est pas seulement

comprimé, mais bien envahi par la tumeur : ses parois n'ont plus leur souplesse habituelle, elles sont épaissies, indurées, comme cartonnées. Pourtant les lésions paraissent respecter la muqueuse, qui dans la règle reste souple ; elle peut paraître moins mobile, glisser moins facilement, mais n'est pas elle-même infiltrée. Seuls, Cullen (obs. LXV) et Lauche (obs. CLXXII) ont vu des lésions nettes de la muqueuse rectale. Le premier trouva quelques petits polypes ; le second vit sur la paroi antérieure une petite zone arrondie ayant l'aspect du lupus hypertrophique.

En ce qui concerne *le vagin*, nous savons déjà qu'il peut être le siège primitif de la lésion. Dans ce cas, la tumeur adhère précocement au rectum, qu'elle unit fortement à la paroi vaginale, puis elle diffuse en haut entre col et rectum, de sorte qu'on ne peut plus alors savoir si le noyau primitif était vaginal ou cervical.

Inversement un nodule primitivement cervical diffuse vers le bas, entre vagin et rectum, pour aboutir de même à la constitution d'une masse située entre le rectum en arrière, l'utérus et le vagin en avant. Pourtant, dans quelques cas assez fréquents, l'utérus en rétroversion a attiré la partie supérieure du vagin loin du rectum, et l'a appliquée contre la face postérieure de l'utérus, si bien que la tumeur paraît développée entre rectum et vagin en arrière et utérus en avant (Fig. 7).

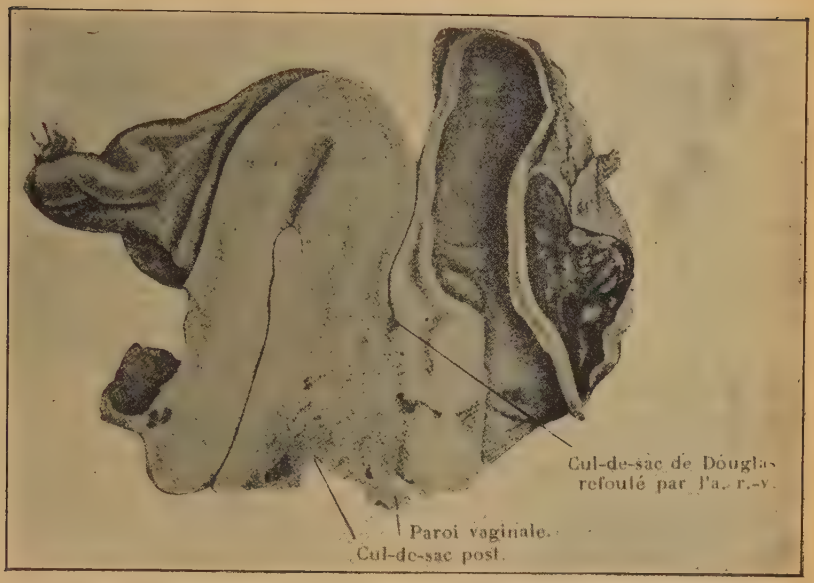


Fig. 8. — *Forme diffuse d'adénomyome para-vaginal.* (D'après Lockyer). (Obs LVI)

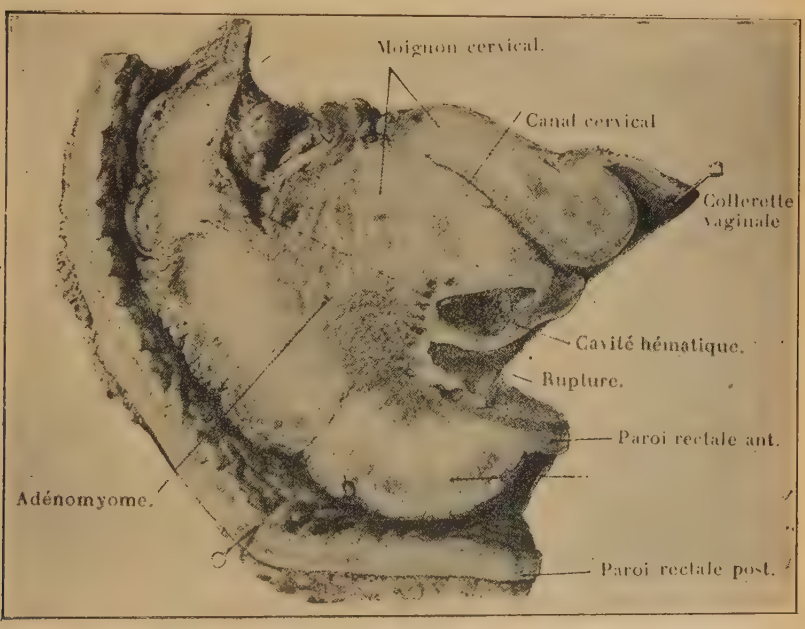


Fig. 9. — *Forme diffuse d'adénomyome para-vaginal.* (D'après Cullen). — Le corps de l'utérus a été enlevé au cours d'une intervention antérieure. La pièce opératoire comprend : le moignon cervical, une collerette vaginale et un segment rectal. La tumeur infiltre la partie postérieure du col et la paroi rectale antérieure jusqu'à la muqueuse exclusivement. Juste derrière le col, un petit kyste s'est ouvert dans le vagin. (Obs. LXXII).

La paroi vaginale postérieure est envahie par la tumeur sur une hauteur variable à partir de son insertion cervicale, mais à l'inverse de ce qui se passe pour le rectum, la muqueuse est ici fréquemment intéressée, soit simplement épaissie, indurée, ridée, soit parsemée de petits kystes bleuâtres qui font une saillie appréciable. Parfois même il y a formation de véritables polypes ayant l'aspect de polypes muqueux, et qui peuvent atteindre des dimensions relativement considérables ; c'est ainsi que dans le cas de Shaw (obs. CXXX) chacun d'eux avait plus de trois centimètres de longueur.

Le plus souvent la tumeur s'en tient à cet envahissement recto-cervico-vaginal, mais il est des cas où elle a une tendance extensive plus marquée, de sorte qu'elle fuse latéralement dans *le paramètre*, où elle peut comprimer les nerfs du pelvis et surtout *l'uretère*.

Nombreux sont les auteurs qui signalent que, lors de leur intervention, ils ont disséqué un uretère sinon les deux, mais sans préciser s'il s'agissait là d'une manœuvre systématique ou si la tumeur s'étendait réellement jusqu'au conduit urinaire. Par contre quelques observation montrent nettement que celui-ci peut être comprimé, voire même complètement encerclé par l'adénomyome. Chez notre malade, le trajet de l'uretère droit dut être véritablement sculpté au cours de l'opération. Funke et Tilp (obs. XXXIX et XL) disent que dans les deux

cas observés par eux, la tumeur était chaque fois adhérente aux deux uretères. Dans un cas de Cullen (obs. LXXXII), l'adénomyome avait diffusé dans le ligament large droit, et on trouvait assez loin un petit nodule qui comprimait l'uretère (Fig. 23). Lockyer (obs. LVI) et Füth (obs. XV) ont trouvé l'un et l'autre l'un des uretères complètement entourés par le tissu néoplasique.

Deux observations particulièrement caractéristiques ont été publiées par Füth (obs. XVI) et par Cullen (obs. LXXI). Füth trouva les deux uretères entourés d'un tissu induré ; du côté droit, il y avait même stricture serrée du conduit urinaire qui était légèrement dilaté en amont. Dans le cas observé par le chirurgien de Baltimore, les deux uretères étaient fortement sténosés et avaient subi une dilatation sus-jacente très notable (Fig. 24).

On comprend donc qu'une telle tumeur, susceptible d'envahir utérus, vagin, rectum, ligaments utéro-sacrés, de diffuser latéralement dans les ligaments larges jusqu'aux parois du petit bassin, de comprimer même le plexus sacré, soit capable d'aboutir à la constitution d'un énorme bloc pelvien, dont l'aspect macroscopique ne peut que faire songer à une tumeur maligne largement propagée.

3) Forme kystique.

A un stade avancé certains endométriomes paravaginaux revêtent un aspect spécial, dont nous

n'avons trouvé que six observations (obs. II, III, VI, X, XLIX, CXXII). Le tissu fibro-musculaire est réduit au minimum, et la tumeur se présente comme un kyste uni ou multiloculaire dont les dimensions peuvent être considérables, d'où les dénominations de « Cystadénome » et « Polykystome » employées par les auteurs.

Cette variété d'endométriomes para-vaginaux s'écarte donc du type habituel, et rappelle plutôt, par sa morphologie, les endométriomes de l'ovaire que les auteurs anglo-américains désignent sous le nom de « kystes goudron ». Il semble que tout se passe comme si, dans un nodule adénomyomateux, une cavité kystique avait pris seule des proportions considérables, comprimant et rejetant à la périphérie tous les autres éléments de la tumeur.

Ce kystome se développe soit derrière l'utérus, comblant le Douglas dont il soulève le péritoine, soit latéralement dans la base d'un ligament large (obs. II et XLIX). La tumeur est assez bien limitée sur la plus grande partie de son pourtour, de sorte qu'elle paraît assez facilement énucléable, mais il est des points où elle peut adhérer très fortement aux organes voisins. C'est ainsi que Krönig (obs. X) eut de grosses difficultés à décoller la masse en arrière et blessa le rectum. La cavité de la tumeur observée par Walthard était en communication avec la cavité vaginale par un petit diverticule latéral. Dans un cas de Breus l'une des loges kystiques communiquait avec la cavité utérine par une ouverture

en forme de cheminée qui débouchait au niveau de l'orifice interne du col.

Les dimensions de ce kyste, parfois modérées (Goldstine et Fogelson extirpèrent un kyste de 4 cm. de diamètre), peuvent devenir considérables : Krönig enleva une masse du volume d'une tête d'enfant, et dans le cas 1 de Breus l'une des loges kystiques contenait, à elle seule, 7 litres de liquide (obs. II).

La paroi du kyste, de coloration gris-bleuâtre, est parfois d'épaisseur très réduite (0 m. 25, Goldstine et Fogelson). Plus généralement, la tumeur se présente à la coupe comme étant composée d'une charpente myomateuse contenant un ou plusieurs kystes de grandes dimensions à surface interne lisse. Ces kystes sont séparés par des cloisons, mais quelques-uns communiquent entre eux. Ils contiennent un liquide brun chocolat plus ou moins épais, résultat des hémorragies intrakystiques menstruelles.

En résumé, cette variété d'adénomyome, d'ailleurs tout à fait exceptionnelle, se différencie de la forme diffuse par la netteté de ses limites, alors même que la tumeur a atteint de grandes dimensions, et par le volume considérable acquis par les cavités kystiques qui représentent ici la plus grande partie de la tumeur.

4) Forme disséminée ou a noyaux multiples.

Nous désignons sous ce nom une forme un peu particulière dans laquelle on trouve un grand nom-

bre de nodules disséminés, séparés par du péritoine et du tissu cellulaire sous-péritonéal sains. On est en somme en présence d'une série d'îlots adénomyomateux sans connexion entre eux, et paraissant évoluer indépendamment les uns des autres.

Lahm (obs. CXXXII) en a observé un cas très typique, où le péritoine du Douglas était parsemé de petits nodules opaques blanchâtres. L'examen histologique démontra leur structure adénomyomateuse.

Mais ces éléments sont souvent éparpillés plus largement dans la cavité pelvienne comme le montrent trois belles observations de Sampson (obs. CXVII, CXVIII, CXIX).

Dans l'obs. CXVII on trouva des adénomes non seulement dans le Douglas, sur le méso du ligament utéro-sacré gauche, mais encore sur les parois utérines antérieure et postérieure. Dans l'obs. CXVIII des éléments adénomyomateux occupaient le Douglas, la paroi utérine postérieure, la paroi pelvienne latérale, le cul-de-sac vésico-utérin. Enfin, l'obs. CXIX signale un nodule du Douglas, un autre à la face postérieure de chaque ligament large, et des petits kystes endométriaux éparpillés sur la face postérieure de l'utérus, sur la face antérieure du ligament large gauche et au voisinage du ligament rond.

De même, Linden (obs. CLXVII) trouva des petits kystes endométriaux disséminés sur le péritoine antérieur, le fond et la paroi postérieure de l'utérus.

Cette forme de nodules disséminés se présente

donc sous un aspect très spécial, qui n'a au premier abord aucun point commun avec la forme diffuse. Néanmoins, on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une forme de début un peu particulière. Nous pensons que le développement et la confluence des nodules primitifs peuvent finalement aboutir à la forme diffuse, ou bien qu'un de ces petits kystes endométriaux peut seul acquérir un volume notable et aboutir à la forme kystique.

II. Etude microscopique

Histologiquement l'endométriome para-vaginal se présente sous l'aspect d'une tumeur composée de tissu fibro-musculaire où sont disséminés des éléments épithéliaux.

1) Structure générale de la tumeur.

a) *Tissu fondamental fibro-musculaire.* — La composition du stroma fibro-musculaire est, comme celle des fibromyomes utérins, sujette à d'assez larges variations. Parfois le tissu fibreux prédomine nettement, et c'est seulement de place en place qu'on peut reconnaître des éléments de muscle lisse (obs. LXXV). D'autres fois, au contraire, le stroma est presque exclusivement formé de faisceaux musculaires lisses enchevêtrés en tous sens, de sorte que la coupe histogique les sectionne suivant différentes incidences. Dans certains cas on peut reconnaî-

FIG. 10. — *Une cavité utérine en miniature dans un adénomyome* (d'après CULLEN). centre de la figure est une zone de muqueuse utérine typique. Epithélium cylindrique si Glandes irrégulières entourées d'un tissu cytogène abondant. La cavité utérine en mini contient de l'épithélium desquamé, des leucocytes et des hématies. Elle est entour muscle lisse. (Obs. LXXI).

tre qu'autour de certaines cavités kystiques les éléments musculaires ont pris une disposition concentrique.

Dans les interstices des faisceaux fibro-musculaires on trouve des capillaires, parfois quelques îlots de tissu adipeux (obs. LXVIII), et surtout des traces d'hémorragies interstitielles récentes ou anciennes (hématies, pigments). Quelques auteurs y ont rencontré des signes nets d'inflammation chronique : vaisseaux dilatés, infiltration micro-cellulaire abondante (obs. XII, XVII, LXII, CXXIV, CLIV).

b) *Eléments épithéliaux.* — L'élément épithélial est plus ou moins abondant. Tantôt dans une large nappe fibro-musculaire on n'aperçoit qu'un ou deux tubes glandulaires. Tantôt au contraire il y a forte prédominance de l'élément glandulaire sur l'élément conjonctif (obs. XLVI).

Les éléments épithéliaux se présentent habituellement sous l'aspect de glandes isolées ou groupées. Ce sont des formations tubulaires allongées, rectilignes ou incurvées et contournées, avec des évaginations, parfois une division dichotomique, et présentant des dilatations kystiques qui peuvent atteindre de grandes dimensions.

Dans quelques préparations les éléments épithéliaux se présentent par endroits comme de vastes îlots irréguliers de muqueuse utérine, ce qui les fait comparer par Cullen à de véritables cavités utérines en miniature (Fig. 10).

L'épithélium qui tapisse ces formations est de type utérin : ce sont de hautes cellules cylindriques, ciliées ou non, disposées sur une seule rangée. Mais si c'est là l'image la plus typique, il faut savoir qu'elle n'est pas constante, et l'on peut voir toutes les transitions depuis l'épithélium aplati jusqu'à l'épithélium cylindrique haut, tous les aspects se rencontrant même parfois dans un seul et même tube.

Le plus souvent l'épithélium est cylindrique dans les tubes et cubique ou aplati dans les kystes, ce qui fait dire à certains auteurs que c'est la pression intra-kystique qui a aplati un épithélium primitivement cylindrique. Cette conception est très discutable : Certains grands kystes sont tapissés d'un épithélium cylindrique haut (obs. VI, CXXII). D'autre part, dans une même cavité on trouve parfois de grandes différences dans la hauteur de l'épithélium (obs. CLXVI). Il semble donc plutôt que la différence de hauteur des cellules épithéliales tient à ce qu'il s'agit d'un épithélium primitivement aplati hypertrophié de façon variable.

Dans quelques préparations la disposition des cellules sur une seule couche n'est pas rigoureuse, et certains kystes peuvent présenter un épithélium cubique en partie stratifié (obs. LXX, CVI). Mais il faut une étude attentive avant d'affirmer cette disposition, car des cellules cylindriques disposées sur une seule rangée ont parfois leurs noyaux situés à différentes hauteurs, d'où une apparence de stratification.

Fig. 11. — *Cavité kystique avec saillie de tissu cylogène formant un pseudo-glomérule.* (D'après Herly).

Enfin, quelques auteurs ont rencontré dans leurs préparations des îlots d'épithélium pavimenteux rappelant l'épithélium vaginal (obs. LXII-CV).

Tissu cytogène. — Autour de l'épithélium de revêtement on constate fréquemment la présence d'un tissu conjonctif lâche, riche en petites cellules arrondies ,ovales ou fusiformes, dont le contour protoplasmique est impossible à distinguer et dont les noyaux sont bien colorables. Ce « tissu cytogène » est identique au chorion de la muqueuse utérine normale, de sorte qu'on retrouve bien dans l'adénomyome tous les éléments constitutifs de l'endomètre.

Le tissu cytogène n'est pas disposé suivant une épaiseur uniforme. Il est plus abondant autour des groupes glandulaires qu'autour des kystes où il manque même souvent, de sorte que quelques glandes peuvent être au contact direct du muscle. Par contre, on peut trouver des zones de tissu cytogène isolé, sans élément épithélial dans le voisinage (obs. LXIII, CLXIII).

Lorsque ce tissu est disposé abondamment autour d'une cavité kystique, il peut faire hernie à l'intérieur du kyste en repoussant devant lui l'épithélium, de telle façon que la cavité paraît contenir une éminence arrondie (obs. LXXXVIII, CLIV, CLXIII) que certains ont considérée comme un pseudo-glomérule (Fig. 11).

Le caractère le plus important de ces éléments épithéliaux est qu'ils ont non seulement la structure

mais aussi les propriétés physiologiques de la muqueuse utérine : ils participent au cycle menstruel, et ils subissent au cours de la grossesse la transformation déciduale.

Participation au cycle menstruel. — Elle a été étudiée à tous ses stades sur des endométriomes d'autres localisations. En ce qui concerne les endométriomes para-vaginaux, les quelques auteurs qui sont intervenus au stade prémenstruel ne donnent pas de description histologique détaillée, et la plupart des chirurgiens ont opéré au stade de repos.

Pourtant même à ce stade la participation fonctionnelle des éléments muqueux de l'adénomyome peut être décelée, car on trouve des traces certaines d'hémorragies récentes ou anciennes. Elles sont surtout apparentes dans les lumières glandulaires et les cavités kystiques, qui contiennent, outre des cellules épithéliales flétries, les unes du mucus, les autres du sang épanché récemment, les autres des pigments bruns ou jaune-brun, reliquat d'hémorragies anciennes.

L'étude de coupes sériées peut montrer nettement l'origine de ce sang : les capillaires juxta-glandulaires se sont rompus dans la lumière en détruisant l'épithélium en un point. Le sang épanché s'est coagulé dans la cavité kystique, et cette thrombose s'est continuée dans certains vaisseaux, d'où les hémorragies interstitielles dont on trouve la trace soit dans le tissu cytogène, soit dans le stroma fibro-musculaire.

Lorsqu'il y a thrombose étendue dans tout un territoire juxta-glandulaire, la nutrition d'une large zone peut être compromise, l'épithélium cylindrique se flétrit, et l'on voit de vastes nappes thrombosées qui regardent directement dans des cavités kystiques. Ce processus peut même aboutir à la destruction complète des images glandulaires, mais le plus souvent on retrouve à la périphérie de la région thrombosée de courtes traînées d'épithélium cylindrique, derniers vestiges des éléments glandulaires (Fig. 12).

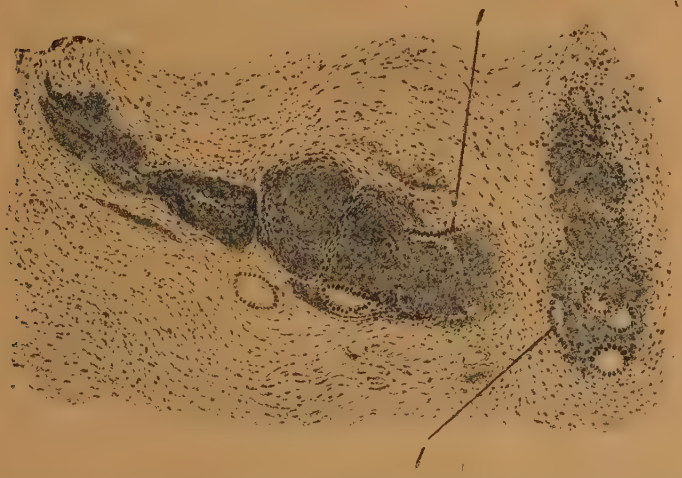


Fig. 12. — Uue thrombose étendue a compromis la nutrition d'un territoire et entraîné la destruction de quelques glandes. On en retrouve les vestiges sous forme de courtes traînées d'épithélium cylindrique. (D'après Sitzenfrey). (Obs. XXXVII).

Réaction déciduale. — Les biopsies ou interventions pratiquées dans le courant de la grossesse ont enfin mis en évidence la transformation déciduale

subie par les endométriomes. Les huit pièces d'adénomyomes recto-vaginaux examinées dans ces conditions (observations XLI, LIV, XCIII, CXXXII, CXXXIII, CLII, CLIII, CLXV) ont toutes montré la transformation caractéristique : l'épithélium glan-

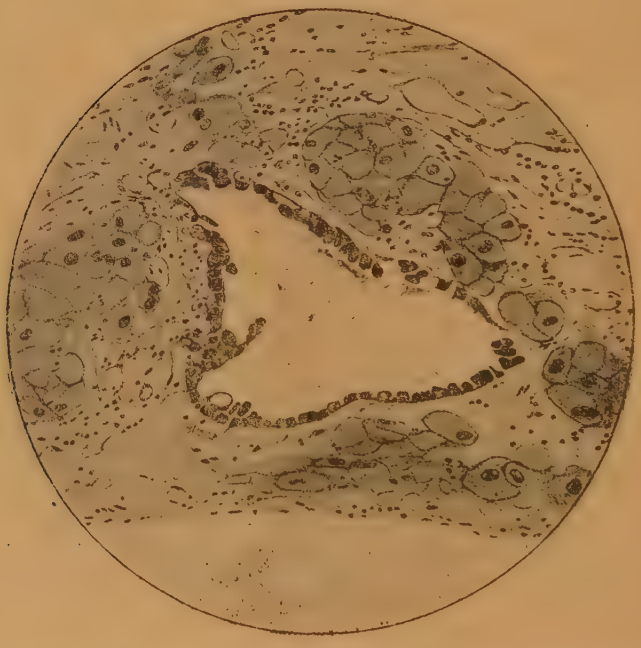


Fig. 13. — *Réaction décidiuale dans un îlot adénomyomateux au cours de la grossesse* (Griffith).

dulaire est moins élevé, presque toujours aplati. Il est entouré de grosses cellules ovoïdes ou polyédriques identiques aux cellules décidiuales, provenant de la transformation du tissu cytogène (Fig. 13).

Réactions pathologiques. — Nous avons vu que les éléments épithéliaux de l'adénomyome ont même morphologie et même physiologie que la muqueuse utérine. On peut encore y déceler parfois des réactions pathologiques identiques. On a signalé des signes d'inflammation très nette de la muqueuse adénomyomateuse (endométrite), et la dégénérescence cancéreuse des îlots épithéliaux a été observée par Max Schwab (obs. XXII) et Wilson (obs. LXXXVII).

2. Etude histologique des limites de la tumeur.

Nous avons étudié jusqu'ici les caractères de l'adénomyome d'après des coupes supposées faites en plein tissu néoplasique. Un point intéressant reste encore à préciser, c'est l'aspect histologique des limites de la tumeur.

a) *Face péritonéale.* — La face péritonéale de la tumeur présente un intérêt tout particulier, dont nous verrons l'importance dans l'étude de la pathogénie des adénomyomes. Sur cette face, on constate, en effet, que l'endothélium péritonéal qui recouvre la tumeur n'a plus sa morphologie habituelle. Il a perdu le caractère endothélial pour prendre l'aspect d'un épithélium cubique. Par places, il pénètre le tissu de la tumeur, et envoie des évaginations dont l'épithélium, de plus en plus élevé, devient progressivement cylindrique.

b) *Face utérine.* — L'étude de la face utérine montre habituellement que la tumeur a envahi la portion supra-vaginale du col, et le tissu fondamental fibro-musculaire de l'adénomyome fait place insensiblement au muscle utérin. En même temps les éléments glandulaires disparaissent, restant presque toujours séparés de la muqueuse cervicale par une épaisseur notable de muscle lisse où on ne trouve pas trace de formation épithéliale.

Les autres faces de la tumeur ont un aspect qui dépend du degré d'extension de l'adénomyome. S'il s'agit d'une tumeur au début, le stroma fibro-musculaire fait place rapidement au tissu conjonctif sous-péritonéal. Si la tumeur a envahi largement le tissu cellulaire pelvien, on peut découvrir des filets nerveux, qui se sont trouvés englobés et comprimés par le tissu musculo-fibreux (observation LXVIII). Enfin, lorsque la tumeur a infiltré le vagin ou le rectum, l'étude histologique de ces zones limites montre des particularités intéressantes.

c) *Face vaginale.* — Lorsque l'adénomyome infiltre la paroi vaginale, il repousse devant lui la muqueuse, et forme de petits polypes qui font saillie dans la cavité vaginale.

Dans un premier stade la muqueuse est encore intacte, et l'étude histologique d'un de ces polypes montre un revêtement périphérique d'épithélium pavimenteux stratifié au-dessous duquel on trouve le tissu adénomyomateux. L'épithélium du vagin

. 14. — *Adénomyome recto vaginal avec polypes du vagin* (D'après CULLEN) (Obs. LXXI).

. Insertion cervicale du vagin.

. Les éléments de muqueuse utérine ont fait irruption dans le vagin La cavité vaginale est limitée p
par de l'endomètre typique

. Cavité utérine en miniature.

Glande cervicale distendue par un bourgeon d'endomètre.

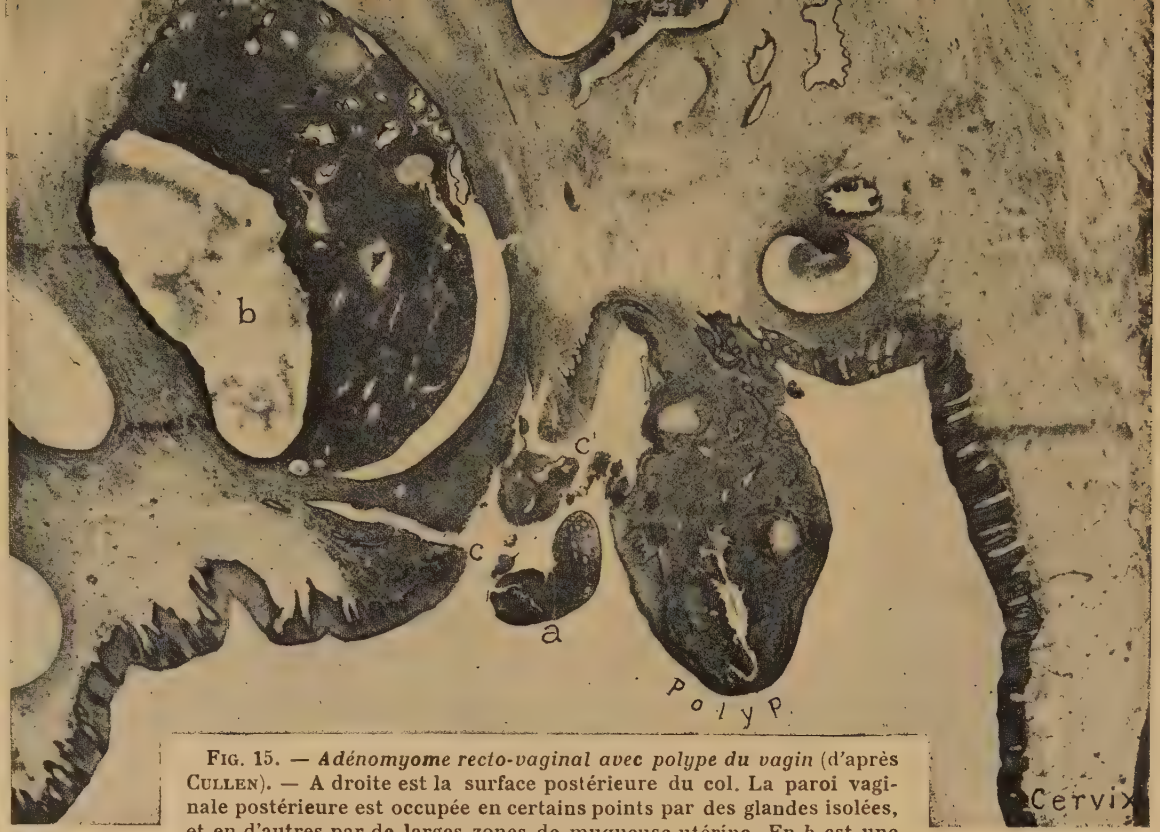


FIG. 15. — *Adénomyome recto-vaginal avec polype du vagin* (d'après CULLEN). — A droite est la surface postérieure du col. La paroi vaginale postérieure est occupée en certains points par des glandes isolées, et en d'autres par de larges zones de muqueuse utérine. En *b* est une cavité utérine en miniature. Juste derrière le col fait saillie un polype recouvert par la muqueuse vaginale. En *a* et en *c* au contraire la muqueuse est effondrée et la cavité vaginale est limitée par un épithélium cylindrique.

envoie souvent dans la tumeur de profondes invaginations dont la partie distale, étroite et contournée, est tapissée uniquement par la couche la plus profonde de l'épithélium vaginal. Mais la plupart des auteurs affirment l'absence complète de connexion entre ces invaginations et les tubes glandulaires de l'adénomyome.

A un stade plus avancé la tumeur distend l'épithélium vaginal, que l'on trouve très aminci, et qui finit par se rompre à l'occasion de la rapide augmentation de tension produite par la menstruation. Il y a donc effraction de la muqueuse vaginale par un processus, qui diffère complètement de l'envahissement et de la destruction que réaliserait une tumeur maligne.

L'examen histologique montre alors que l'épithélium vaginal est ulcéré par places (Fig. 15). Le tissu adénomyomateux fait hernie dans la cavité vaginale, et présente en ce point des signes d'inflammation très nette (infiltration microcellulaire). (obs. LIII, LXXI, CII).

Cette destruction mécanique de l'épithélium vaginal explique les caractères cliniques de ces polypes qui saignent à l'occasion d'un traumatisme même minime, et qui sont la source d'hémorragies menstruelles par ruptures de petits kystes glandulaires ou d'îlots muqueux. Une observation de Cullen (obs. LXXII) montrait ainsi un îlot de muqueuse utérine s'ouvrant directement dans la cavité vaginale.

d) *Face rectale.* — En arrière, nous savons déjà que la tumeur adhère très précocement au rectum, de sorte qu'à l'intervention on est parfois conduit à entamer la paroi intestinale. De telles pièces opératoires ont montré clairement les différents stades de cet envahissement.

Au début la paroi musculaire du rectum ne contient pas encore d'éléments épithéliaux, et il y a simplement continuité apparente entre la musculature rectale et le tissu musculaire de la tumeur. (obs. LXVII et CVII).

Puis les éléments glandulaires infiltrent la paroi musculaire du rectum de dehors en dedans, non en la détruisant, mais en dissociant ses fibres qui subissent une forte réaction hyperplasique (obs. XX. XXXV, LXXXIX, XC, XCV, CVI, CXXXI).

L'adénomyome s'en tient généralement à cet envahissement de la musculeuse et de la sous-muqueuse, laissant la muqueuse absolument indemne. En effet, au delà de la sous-muqueuse, la muscularis mucosæ lui oppose une barrière difficilement franchissable, qu'il ne peut traverser qu'aux endroits où l'emplacement des follicules clos a créé une interruption préalable des couches musculeuses. Dans les cas exceptionnels où la tumeur franchit ces interstices, elle atteint la muqueuse, et l'on trouve alors des éléments glandulaires à type utérin au contact direct des glandes et de l'épithélium rectal (obs. XXX-LXIX-LXXII). Dans un cas de R. Freund même l'effraction de cet épithélium paraissait imminente (obs. XLII).

III. Lésions associées

A côté de l'adénomyome para-vaginal, lésion principale, on note souvent des lésions associées, qui présentent un intérêt très inégal.

Les *métrites* et *salpingites* ne paraissent pas exister en proportion anormale.

L'utérus est souvent rétrofléchi ou rétroversé (21 pour 100 des cas d'après King). Il est d'ailleurs probable que la rétroversion est assez souvent secondaire, la rétraction des ligaments utéro-sacrés ayant entraîné la bascule de l'utérus en arrière.

La présence de myomes utérins est extrêmement fréquente. Elle est signalée dans 19 de nos cas, mais il est impossible d'établir une proportion, car nombre d'auteurs ont pu omettre de signaler quelques petits noyaux myomateux, et ceux qui sont intervenus pas voie vaginale n'ont pas été à même de faire un inventaire complet des lésions. La statistique personnelle de King, portant sur 122 cas d'adénomyose pelvienne, compte 22 p. 100 de myomes utérins.

La coïncidence de cancer du col a été signalée par Westmann, Meyer, Sampson.

Un point plus intéressant est la coexistence d'autres lésions adénomyomateuses : adénomyomes du ligament rond (obs. IV et CXC), du mésosalpinx et du ligament suspenseur de l'ovaire (obs. XXXVI), du sigmoïde (obs. LXXXIII), adénomyomes multi-

ples de l'utérus (obs. XXII), adénomyose interne de l'utérus (obs. XXXV, XXXVI, LXX, CLXXVIII).

Enfin, depuis quelques années on a attiré l'attention sur la coexistence extrêmement fréquente d'endométriomes ovariens se présentant macroscopiquement sous l'aspect de kystes à contenu épais, brunâtre ou noirâtre, d'où les termes de « kystes chocolat » ou « kystes goudron » (tarry-cysts). Les observations que nous avons réunies signalent 55 fois cette lésion. En outre, dans deux autres observations où les ovaires paraissaient normaux, l'examen histologique révéla des îlots microscopiques de muqueuse utérine. Nous verrons l'importance de ces constatations en étudiant l'histogénèse des endométriomes.

Histogénèse

L'histogénèse des endométriomes a été la source de nombreuses et vives discussions, et actuellement encore les auteurs ne sont pas d'accord, quelques-unes des théories paraissant reposer sur des bases très sérieuses. Dans cette étude nous ne pourrons nous limiter à la genèse des seuls adénomyomes para-vaginaux. Il nous faut élargir le problème pour envisager l'histogénèse des endométriomes en général. C'est une erreur qu'ont commise certains auteurs d'invoquer pour chaque localisation d'adénomyome des origines spéciales. Toute théorie admissible uniquement pour les endométriomes d'une localisation déterminée est forcément insuffisante. A toutes ces tumeurs adénomyomateuses de structure identique il faut s'efforcer de trouver une origine unique, pouvant s'appliquer à toutes les localisations.

Les nombreuses théories qui ont été imaginées peuvent se classer en deux groupes :

1) Théories de l'origine embryonnaire ;

2) Théories de l'origine acquise.

I. Origine embryonnaire

Les partisans de l'origine embryonnaire ont incriminé soit des débris wolffiens, soit des débris mulleriens.

1) Origine wolffienne.

L'origine wolffienne a été proposée et défendue par Recklinghausen dans son étude sur les adénomyomes de l'utérus et des trompes. Cet auteur divisait les adénomyomes en deux grandes classes : les uns centraux, les plus rares, dérivant de la muqueuse utérine — les autres périphériques, plus fréquents, dérivant des canalicules du corps de Wolff.

Cette théorie eut une vogue considérable, et, généralisée aux adénomyomes d'autres localisations, elle fut défendue par de nombreux auteurs, même par ceux qui, comme R. Meyer, devaient plus tard la combattre.

Les partisans de l'origine wolffienne donnaient des arguments d'ordre topographique et histologique.

a) *Arguments topographiques.* — Recklinghausen insistait sur la localisation élective des adénomyomes dans la paroi postérieure du corps utérin et aux angles tubaires, régions où d'après lui on peut trouver des inclusions embryonnaires des ca-

nalicules wolffiens. Pick, qui adoptait cettte théorie, montrait que les canalicules mésonéphrotiques se prolongent du côté caudal jusqu'au point de croisement des canaux de Wolff et de Müller. Lorsque ce dernier conduit croise le canal de Wolff, il croise donc des canalicules wolffiens non encore atrophiés. Ainsi s'expliquerait l'inclusion possible des canalicules dans le conduit de Müller jusqu'au niveau du futur cul-de-sac vaginal.

Allant encore plus loin, certains auteurs admettaient que le corps de Wolff pouvait s'étendre jusqu'à la région inguinale, ou bien que des particules mésonéphrotiques pouvaient, par dispersion, être transportées à la région inguinale.

Bref, soit par la disposition embryonnaire soit par une dispersion des germes mésonéphrotiques, on pouvait attribuer une origine wolffienne non seulement aux adénomyomes utérins et tubaires, mais aussi aux adénomyomes du ligament suspenseur de l'ovaire, du tissu para-vaginal, et de la région inguinale.

b) *Arguments histologiques.* — En ce qui concerne la structure, Recklinghausen et Pick considéraient les adénomyomes comme de véritables tumeurs organoïdes reproduisant la disposition wolffienne.

Ils se basaient sur :

La présence de pseudo-glomérules.

La présence de canaux étroits, rectilignes, bordés

d'un épithélium cilié (tubes collecteurs du méso-néphros).

La présence de canaux larges et tortueux, bordés d'un épithélium cubique (tubes sécréteurs).

La division dichotomique des tubes.

La réunion de plusieurs tubes pour former un tube collecteur en reproduisant l'image en forme de peigne du mésonéphros.

La présence de kystes à épithélium stratifié qui représenteraient les débris des entonnoirs péritonéaux embryonnaires.

c) *Critique.* — Cette théorie, que beaucoup d'auteurs acceptèrent sans discussion, fut attaquée violemment par Kossmann, et plus tard par Robert Meyer. Ce dernier, reprenant et critiquant point par point les arguments de Recklinghausen et de ses adeptes, démontra nettement que l'origine mésonéphrotique ne peut être invoquée que dans des cas exceptionnels.

En effet il faut tout d'abord étudier minutieusement le corps de Wolff et ses limites, pour éviter la recherche de ses débris en des régions où ils ne sont sûrement pas. R. Meyer a insisté sur la difficulté qu'on éprouve à affirmer que le mésonéphros peut s'étendre jusqu'à la région du futur utérus. S'il est exact que Pick et plus récemment Forssner ont trouvé des canalicules wolffiens à hauteur ou au-dessous du point de courbure du canal de Wolff, il faut remarquer que les coupes microscopiques ne sont pas

des coupes transversales à cause de la courbure de la partie inférieure de l'embryon. La partie dorsale de la coupe correspond donc à une région plus craniale que celle intéressée par la partie ventrale.

Pour R. Meyer, les débris de la partie inférieure du mésonéphros sont situés plus tard dans la base du ligament large. En tous cas le mésonéphros ne s'étendrait jamais jusqu'à la région inguinale. Lorsque dans les adéno-fibromes inguinaux on trouve de véritables glomérules et canalicules, ceux-ci sont d'origine non mésonéphrotique mais post-néphrotique. Il s'agirait donc non d'une dispersion hypothétique de germes par migration, mais d'une persistance de germes qui ont eu, réellement, à un moment donné, des rapports immédiats avec cette région.

En ce qui concerne les endométriomes du Douglas, l'origine mésonéphrotique paraît encore plus difficilement soutenable.

Quant aux arguments histologiques, ils sont également sujets à caution. Les prétendues formations glomérulaires ne sont que des aspects réalisés par la saillie du tissu cytogène dans les kystes adénomateux (fig. 11). Les prétendus tubes secréteurs ou excréteurs ne sont que des tubes adénomyomateux de grandes dimensions et à cellules hautes.

Enfin, les images en forme de peigne ou de crête, que Recklinghausen considérait comme caractéristiques, n'ont guère plus de valeur. Tout d'abord Recklinghausen a conclu à la présence de telles ima-

ges, d'après l'examen de coupes isolées, alors que seules des coupes en série permettraient une reconstitution exacte de la tumeur. D'autre part il faut remarquer que, dans les coupes du corps de Wolff, ces images ne sont dues qu'à la disposition segmentaire de l'organe. Or d'une façon générale les hypertrophies pathologiques développées aux dépens de débris embryonnaires ne reproduisent pas la disposition segmentaire de l'organe primitif, et on n'a jamais signalé ces images en forme de peigne dans les hypertrophies des débris wolffiens du ligament large ou de l'épididyme.

Nous conclurons donc que du point de vue topographique l'origine mésonéphrotique ne peut être invoquée que pour les adénomyomes tubaires, et les adénomyomes du ligament ovarien propre — et que du point de vue histologique cette genèse doit être considérée comme exceptionnelle même pour les adénomyomes de ces organes.

2) Origine müllerienne.

On a longtemps considéré comme exceptionnelles les productions morbides d'origine müllerienne, et seuls les vestiges wolffiens retenaient l'attention. La confusion entre les processus pathologiques de ces deux organes, est d'ailleurs compréhensible si l'on songe que les canaux de Müller et de Wolff ont même origine, un épithélium identique, et conservent pendant toute la vie embryonnaire et fœtale des rapports extrêmement intimes.

a) *Arguments histologiques.* Kossmann, insistant sur la grande analogie des îlots épithéliaux adénomyomateux avec l'endomètre, concluait déjà à une origine müllerienne. En effet, le canal de Müller, qui fournit l'utérus et ses dépendances, le vagin avec sa muqueuse, est certainement susceptible de produire des cavités où se trouvent réunis les épithéliums cylindrique et pavimenteux, des glandes muqueuses analogues à celles du col, un stroma conjonctif identique à celui de l'endomètre.

La coexistence dans la même tumeur des épithéliums cylindrique, prismatique et pavimenteux constitue une présomption en faveur de l'origine müllerienne. L'épithélium müllerien se différencie en effet dès la deuxième moitié de la vie intra-utérine : il demeure cylindrique sur le corps, et devient polystratifié sur le col. On s'explique ainsi qu'à l'union du col et du corps, c'est-à-dire au point où les épithéliums cylindrique et pavimenteux se succèdent brusquement, il puisse se produire des enclavements qui réaliseront les deux types cellulaires. On pourrait donc dire que, lorsqu'on reconnaît dans la constitution histologique d'une tumeur juxta-cervicale la présence simultanée d'épithéliums cylindrique et pavimenteux, il y a probabilité d'origine müllerienne.

Mais cette constitution complexe n'est pas obligatoire. Des inclusions müllériennes provenant de la future ébauche du corps utérin ne renfermeraient que de l'épithélium cylindrique. Des inclusions

provenant de la future ébauche du col ou du vagin ne comporteraient qu'un épithélium pavimenteux.

b) *Arguments physiologiques.* — Nous avons vu que les éléments épithéliaux de l'adénomyome ont non seulement la structure, mais aussi les propriétés physiologiques de la muqueuse utérine (participation au cycle menstruel, transformation déciduale au cours de la grossesse). C'est encore un argument en faveur de l'origine commune de ces éléments.

c) *Arguments embryologiques.* — La fréquence des anomalies constatées sur les organes mülleriens doit faire considérer comme indubitablement possibles des inclusions aux dépens de ces organes. Lorsqu'on étudie l'évolution des canaux de Müller, on remarque, en effet, de nombreuses anomalies de formation, de fréquentes aberrations de leur développement. Ces anomalies sont connues depuis longtemps pour la partie supérieure et la partie inférieure des conduits mülleriens (trompe et vagin). Comme l'ont bien montré R. Meyer en Allemagne et Vautrin en France, il serait irrationnel de penser que la partie moyenne de ces conduits puisse être dépourvue de toute malformation embryonnaire, puisse échapper à toute déviation formative ou évolutive.

Les inclusions aux dépens des organes mülleriens pourraient s'opérer aux trois périodes suivantes :

a) *Au moment où les deux canaux de Müller occupent la ligne médiane et s'adossent l'un à l'autre.* L'adossement peut alors être défectueux, imparfait, et des cellules épithéliales, détachées de la paroi müllerienne, pourraient être englobées ensuite dans le stroma du futur utérus ou vagin à une distance variable de la cavité.

b) *Pendant la fusion des canaux de Müller.* A ce moment, la symphyse à plein canal doit s'opérer par tassement et résorption de la portion intermédiaire. On conçoit alors que certains îlots échappent à la destruction, et que la fusion s'accomplisse par refoulement en avant ou en arrière de débris épithéliaux, qui vivront désormais en parasite dans le parenchyme utérin ou vaginal.

Si l'on admet, en outre, que les canaux de Müller présentent parfois dans leur portion moyenne des diverticules, des sinuosités, comme il en existe sur les autres segments, on comprend encore mieux qu'au moment de la fusion il persiste, en dehors de la cavité du canal de Leuckart, des saillies embryonnaires verruqueuses, qui peuvent conserver, malgré leur inclusion, une capacité évolutive simplement et momentanément atténuée.

c) *Pendant la séparation des canaux de Müller et de Wolff.* Il semble que ce soit principalement à cette période que l'inclusion puisse se réaliser. La séparation des canaux juxtaposés, presque accouplés en certains points comme au niveau du futur

isthme utérin, ne se fait pas sans quelque violence sur les parois si fragiles de ces organes. C'est donc sur les points de contact des canaux de Wolff et de Müller, c'est-à-dire dans la portion supra-vaginale de l'utérus et surtout du col, que la fusion des canaux de Müller entraînera les troubles d'évolution les plus fréquents.

Cette théorie de l'enclavement müllerien n'est d'ailleurs pas une simple hypothèse, car Meyer et Ferroni ont trouvé dans la partie supérieure du vagin du fœtus des glandes et des débris des conduits de Müller, auxquels on pourrait attribuer l'origine d'adénomyomes vaginaux.

d) *Critique.* L'origine müllerienne serait donc tout à fait satisfaisante pour les endométriomes vaginaux et para-vaginaux, qui nous intéressent ici. Elle s'appliquerait encore très bien aux endométriomes de l'utérus ou des trompes. Mais elle devient invraisemblable pour les adénomyomes inguinaux et ombilicaux. Malgré le long trajet abdominal de la migration müllerienne, il est en effet difficile d'admettre que ces ectopies puissent être disséminées dans presque toute la cavité abdominale.

Enfin cette théorie est tout à fait en défaut pour expliquer les endométriomes des cicatrices de laparotomie.

II. Origine acquise

Actuellement les théories de l'origine embryonnaire ont perdu beaucoup de terrain, et la plupart des auteurs croient que les endométriomes naissent aux dépens de tissus adultes normalement développés.

Nous ne ferons que signaler l'origine aux dépens de *l'endothélium lymphatique*, bien qu'elle ait été invoquée par Opitz, Sitzenfrey, Schottländer, et ne discuterons que les trois grandes opinions actuellement en faveur. Epithélium vaginal, épithélium utérin, endothélium péritonéal, tels sont les trois éléments dans lesquels les différents auteurs voient le terrain maternel des endométriomes.

1) Origine aux dépens de l'épithélium vaginal.

Dans certains cas où la tumeur commence par un noyau vaginal on peut se demander si l'adénomyome ne s'est pas développé aux dépens de la muqueuse vaginale elle-même. Pareille hypothèse a d'ailleurs été émise pour expliquer l'origine de certains kystes vaginaux, et de l'épithélioma cylindrique du vagin dont Pinna Pintor a publié un cas demeuré, croyons-nous, unique jusqu'ici.

On s'est demandé si l'épithélium vaginal ne subirait pas, chez la femme, des modifications analogues à celles que Morau et Retterer ont décrites chez la

souris et le cobaye. Chez ces animaux l'épithélium vaginal, habituellement pavimenteux stratifié, devient cylindrique au moment du rut, du moins au niveau du tiers supérieur. Cet état persiste plus ou moins longtemps suivant qu'il y a fécondation ou non. Mais rien de semblable n'a été observé chez la femme.

D'autre part, depuis les recherches de Von Preuschen, on sait qu'on peut trouver occasionnellement dans la partie supérieure du vagin des organes d'aspect glandulaire, bordés par un épithélium cylindrique, cilié ou non. Mais la plupart des auteurs les considèrent soit comme des glandes aberrantes du col utérin (Davidsohn, Meyer), soit comme des diverticules du canal de Gartner (Fredet), ce qui nous ramène soit à la théorie müllerienne, soit à la théorie wolffienne.

Nous reportant enfin aux données anatomo-pathologiques de l'adénomyome, nous voyons que si l'épithélium vaginal envoie souvent dans la tumeur de profondes invaginations dont la partie distale est tapissée uniquement par la couche profonde de l'épithélium vaginal, la plupart des auteurs affirment l'absence complète de connexion entre ces invaginations et les tubes glandulaires de l'adénomyome (obs. XIX, XXI, G, CIII, CLXI). Seule une observation de Sitzenfrey (obs. XXXVIII) est assez troublante : de l'épithélium vaginal partait un tube glandulaire présentant plusieurs dilatations kystiques, absolument identiques aux autres kystes dont

l'origine séreuse était évidente. Aussi l'auteur conclue-t-il que les éléments épithéliaux de la tumeur dérivaient en partie de l'endothélium séreux, en partie de la couche des cellules basales de la muqueuse vaginale. Cette origine double, à la fois séreuse et muqueuse, nous paraît vraiment difficilement admissible.

2) Origine aux dépens de la muqueuse utérine.

Les auteurs selon lesquels la muqueuse utérine elle-même constituerait la souche des adénomyomes ont émis trois hypothèses différentes pour expliquer l'ectopie acquise de ces éléments muqueux. Ce sont donc trois théories absolument opposées, que nous aurons à étudier dans ce chapitre :

Théorie de l'invasion épithéliale.

Théorie de l'implantation d'endomètre.

Théorie métastatique.

a) *Théorie de l'invasion épithéliale.* — C'est la théorie de l'origine muqueuse acquise, ou théorie diverticulaire de Cullen.

Dès ces premiers travaux Cullen soutint que les adénomyomes utérins venaient de la muqueuse utérine, et dans sa première statistique d'adénomyomes diffus de l'utérus il avait pu mettre en évidence l'origine glandulaire dans la plupart des cas.

A partir de cette époque, il examina minutieusement tous les utérus suspects d'adénomyomes, et en 1908 il publiait de nouveaux résultats. Sur 56 cas

d'adénomyomes diffus du corps des coupes systématiques avaient démontré 55 fois que l'adénomyome était en connexion avec une expansion de la muqueuse utérine.

Cette origine muqueuse ne faisait également aucun doute pour les 7 cas d'adénomyomes sous-muqueux qu'il avait observés. Pour les adénomyomes sous-péritonéaux une étude complète n'avait pu être faite que dans 3 cas, et dans aucun d'eux on n'avait pu retrouver le diverticule jouant le rôle de trait d'union entre la muqueuse et les éléments épithéliaux de la tumeur. Mais Cullen, impressionné par l'identité des deux tissus, concluait que la continuité entre ces éléments pouvait échapper et qu'il n'était pas nécessaire de la constater pour affirmer l'origine muqueuse de la tumeur.

Ces travaux remarquables mirent bien en évidence le pouvoir infiltrant que peut acquérir la muqueuse utérine. Celle-ci peut donc indubitablement envahir le myomètre en un point déterminé, et donner naissance à des adénomyomes utérins.

Mais par quel processus la muqueuse pénètre-t-elle ainsi la paroi musculaire de l'utérus? R. Meyer invoqua d'abord une diminution de résistance du myomètre due à un certain degré de dégénérescence. Cet état de moindre résistance aurait pu être réalisé par la grossesse, l'âge ou l'inflammation. Adler pensait qu'il relevait d'une constitution hypoplastique.

Plus tard on mit en évidence le pouvoir histoly-

tique du stroma de la muqueuse. Cette puissance destructive est plus ou moins prononcée suivant les sujets et cesse avec l'âge, ce qui expliquerait que l'adénomyohyperplasie se rencontre à peu près exclusivement à l'âge de l'activité génitale.

En d'autres termes, l'adénomyose de l'utérus est le résultat d'une hyperplasie de la muqueuse par hyperexcitation de l'appareil de régénération cellulaire. Cette hyperplasie conduit par un pouvoir histolytique du stroma à une hétérotopie dans la musculature. Enfin l'épithélium hétérotopique irrite, à son tour, le muscle adjacent et entraîne son hypertrophie.

Quant à l'hyperexcitation de l'appareil de régénération cellulaire, elle relèverait d'un processus endocrinien ou inflammatoire, et R. Meyer résume ainsi la genèse de l'adénomyose utérine : lésion inflammatoire, régénération, hétérotopie épithéliale.

Critique. — Il est actuellement hors de doute que ce processus existe pour l'adénomyose interne. Il est même certain qu'un tel adénomyome peut infiltrer toute l'épaisseur du myomètre, gagner le vagin ou le tissu sous-péritonéal et donner naissance à un adénomyome vaginal ou para-vaginal. Quelques observations sont même tout à fait démonstratives. La très belle figure, que donne Shaw dans son travail, montre nettement que dans son cas (obs. CXXX) la tumeur s'étendait sans interruption de la muqueuse utérine au rectum, et cliniquement le premier symptôme avait été un petit polype sortant du canal cer-

vical. Wolff dit que dans ses deux cas (obs. L et LI) on trouvait des traînées glandulaires depuis la muqueuse utérine jusqu'au rectum. Dans un cas de Sitzenfrey (obs. XXXVII) la muqueuse cervicale envoyait des diverticules, qui pénétraient la paroi cervicale jusqu'à sa superficie, et présentaient par places des dilatations kystiques. Enfin l'une des tumeurs observées par Breus (obs. III) contenait un kyste volumineux communiquant directement avec la cavité utérine par un conduit qui débouchait au niveau de l'orifice interne du col.

Mais ces cinq observations sont les seules où la continuité entre la muqueuse et les glandes de la tumeur ait été constatée. Dans les autres cas il est alors intéressant de noter quel était l'aspect de la muqueuse utérine. Ce renseignement n'est donné que dans 14 observations :

Dans 4 cas (obs. XXXV, XXXVI, LXX, CLXXVIII) la muqueuse utérine était épaissie et avait une tendance marquée à pénétrer le muscle sous-jacent, de sorte que la limite entre endomètre et myomètre était devenue irrégulière, des bourgeons de muqueuse pénétrant de place en place dans la profondeur.

Dans 3 cas (obs. LXXXII, CXXXVI, CLXXXVIII) on notait simplement une hyperplasie de l'endomètre avec multiples petits polypes muqueux.

Enfin, dans les 7 autres cas la muqueuse utérine ne présentait aucun caractère hyperplasique et toute l'épaisseur de la paroi musculaire du col séparait

l'adénomyome de la muqueuse cervicale normale (obs. XIV, XLVI, LXXIV, LXXV, LXXVIII, LXXX, CVI).

On peut donc mettre en doute cette origine muqueuse pour un grand nombre d'adénomyomes para-vaginaux. En tous cas cette théorie est absolument incapable d'expliquer les endométriomes d'autres localisations.

b) *Théorie de l'implantation d'endomètre.* — Cette théorie, beaucoup plus récente, est née presque simultanément en Amérique (Sampson), en Angleterre (Arch. Donald), et en Allemagne (Lauche). Elle considère les endométriomes comme de simples greffes de muqueuse utérine.

Cette théorie s'appuie, avant tout, sur la coïncidence extrêmement fréquente des adénomyomes pelviens avec les endométriomes de l'ovaire. Ces endométriomes ovariens se présentent sous l'aspect de kystes hématiques de 2 à 4 cm. de diamètre, très souvent bilatéraux, adhérents à la face postérieure du ligament large ou à la face postérieure de l'utérus. En les libérant il s'échappe un liquide chocolat ayant la consistance du goudron. L'examen macroscopique attentif montre qu'au niveau de leur zone d'adhérence existe une perforation ancienne.

On en a conclu que les adénomyomes recto-génitaux sont le résultat d'une implantation de muqueuse utérine consécutive à la rupture d'endométriomes ovariens.

Certains auteurs, avec Linden, pensent que le kyste ovarien a son origine dans une hypertrophie endométrioïde de l'épithélium ovarien superficiel. D'autres, avec Sampson, vont plus loin encore dans la théorie de l'implantation et supposent que l'endométriome de l'ovaire naît lui-même par implantation d'endomètre au cours de la menstruation.

Voici comment Sampson explique la genèse des adénomyomes pelviens :

Dans certaines maladies de l'utérus qui entraînent une sténose du canal cervical (retroflexion, myome, polype, etc.), une partie du sang menstruel reflue par les trompes dans la cavité abdominale. Avec ce sang sont amenées des parcelles de muqueuse utérine. Si le terrain est favorable, quelques éléments épithéliaux peuvent se greffer sur la séreuse, le plus souvent tout près de l'ostium tubaire par lequel ils arrivent, c'est-à-dire à la surface de l'ovaire. Là ils se développent et donnent naissance à des kystes.

La paroi de ces kystes, possédant toutes les propriétés de la muqueuse utérine, prend part à la menstruation, d'où hémorragies intra-kystiques, et, à la suite de plusieurs périodes menstruelles, ces hémorragies rompent la paroi du kyste dont le contenu s'épanche dans la cavité abdominale.

Cet épanchement de sang dans la cavité abdominale est habituellement minime et ne s'accompagne d'aucun phénomène subjectif, mais il donne naissance à des adhérences pelviennes par une action irritative que Sampson attribue à la présence dans le

sang menstruel de ferment spéciaux. Ce sont ces adhérences que Savage (1906) et Hedley (1910) avaient déjà décrites, mais c'est seulement tout récemment qu'on a découvert parmi elles la présence de tissu endométrial. C'est que, lors de la rupture du kyste ovarien, des débris épithéliaux se sont échappés avec le contenu sanglant et se sont greffés à leur tour sur le péritoine pelvien.

Le lieu d'élection de cette greffe secondaire est naturellement le Douglas, point déclive et véritable « bourbier » de la cavité abdominale, mais cette nouvelle implantation peut s'effectuer en tout autre point du petit bassin.

Ces foyers pelviens secondaires sont généralement minimes, restent quiescents, et ne sont révélés que par l'examen histologique systématique des adhérences. Mais parfois ils prolifèrent, font preuve d'une tendance extensive, soit que la néoformation progresse de proche en proche, soit que le cycle menstruel s'établissant dans ces foyers pelviens entraîne de nouvelles ruptures et nouvelles implantations.

En résumé : reflux du sang menstruel, greffe d'endomètre sur l'ovaire, rupture des kystes endométriaux ovariens, et implantation secondaire dans le Douglas, tel serait le cycle génétique. Comme les implantations secondaires ressemblent à l'endomètre normal beaucoup plus que l'épithélium de revêtement des kystes ovariens, Sampson compare l'ovaire à une couveuse, à un hôte intermédiaire dans le développement des endométriomes.

Critique. — La théorie de Sampson a rallié quelques auteurs, et Arch. Donald, Blair Bell, Shaw et Addis, Lauche voient ainsi dans l'implantation d'endomètre l'origine des adénomyomes pelviens.

Il est un point qui ne fait pas de doute, c'est la fréquence des kystes endométriaux de l'ovaire coïncidant avec les adénomyomes recto-génitaux. Parmi les observations que nous avons réunies cette coexistence est signalée 57 fois, mais ce chiffre est certainement très au-dessous de la vérité, car un certain nombre de chirurgiens, se contentant d'une intervention par voie vaginale, n'ont pas pu vérifier l'état des ovaires. D'autres ont peut-être négligé dans leur compte rendu de préciser les lésions annexielles. D'autres enfin ont pu croire à l'intégrité des ovaires, alors que l'examen microscopique aurait peut-être décelé du tissu endométrial ; rappelons, en effet, que, dans les obs. XV et LXXVIII, seul l'examen histologique montra que le tissu ovarien contenait des îlots de muqueuse utérine.

Les statistiques intégrales de quelques auteurs sont donc plus intéressantes à cet égard : Linden, dans 5 cas d'adénomyome recto-génital trouve chaque fois des kystes chocolat bilatéraux. Arch. Donald, sur 15 cas, trouve 9 fois des kystes bilatéraux, 2 fois des kystes unilatéraux, et nous devons ajouter que chez une autre malade l'ablation d'un ovaire avait été pratiqué antérieurement pour des lésions qui ne sont pas précisées. Enfin, Sampson, sur 13 cas, trouve 4 fois des kystes bilatéraux et 9 fois des kystes unilatéraux.

Il est donc indubitable que l'adénomyome recto-génital s'accompagne très souvent d'endométriome ovarien. Mais le premier est-il la conséquence du second, et la théorie de Sampson est-elle théoriquement admissible?

Le sang menstruel peut-il refluer dans la cavité abdominale? Ce n'est pas là une hypothèse nouvelle, puisque c'est à Ruysch (1691) que nous devons, lit-on, la notion du passage du sang menstruel dans le péritoine, et cette pathogénie de l'hématocèle a été vivement défendue par Haller, puis Bernutz et Alphonse Guérin. Plus récemment quelques auteurs sont revenus sur cette question, et ont décrit des hématocèles résultant du reflux du sang menstruel dans la cavité péritonéale, par suite d'une sténose cervico-utérine. Caraven, Russel Andrews, Fordyce, citent plusieurs exemples à l'appui de cette hypothèse. D'autre part, Sampson, au cours de laparotomies pratiquées pendant la période menstruelle, a vu du sang couler des trompes dans la cavité abdominale, et cet auteur a remarqué que, chez la plupart des malades portant des kystes goudron, l'ostium tubaire était largement ouvert.

Enfin, rappelons que Sitzenfrey ayant trouvé, sur une pièce de cancer du corps, des particules néoplasiques libres dans la trompe, avait conclu à la possibilité de métastases péritonéales par cette voie.

Le sang menstruel reflué contient-il des éléments de muqueuse capables de se greffer ailleurs? On sait que lors de la menstruation normale une notable

portion de la muqueuse utérine est expulsée en menus fragments. Mais cet épithélium est-il vivant et susceptible de se greffer ailleurs?

Sciba (cité par Lauche) a montré que les cellules épithéliales rejetées avec le sang menstruel n'ont subi qu'un début de nécrose et sont encore assez bien reconnaissables. Reste donc à préciser si l'endomètre est capable de se greffer sur le péritoine.

Or, les expériences de Stillings ont montré que chez l'animal la muqueuse utérine se laisse aisément transplanter, et qu'elle peut entraîner dans la rate des hypertrophies analogues à celles qui nous occupent. Des expériences plus récentes de Jacobson prouvent qu'on peut faire apparaître ces hypertrophies chez le lapin, en laissant tomber des particules de muqueuse utérine dans la cavité péritonéale sans les fixer. Tout dernièrement encore Katz et Szenes, expérimentant sur le cobaye, ont déposé des particules d'endomètre dans les culs-de-sac péritonéaux. Sacrifiant les animaux environ cinq mois après, ils ont trouvé aux endroits où ils avaient déposé des fragments de muqueuse, des formations kystiques dont le volume variait de celui d'une tête d'épingle à celui d'une prune.

Il semble donc que l'épithélium utérin rejeté peut se fixer sur le péritoine. D'après Sampson et Lauche cette greffe exigerait des conditions particulières, une certaine préparation du terrain péritonéal. Cette préparation serait réalisée grâce à l'irri-

tation de la séreuse par le sang reflué, d'où production d'adhérences qui rendent le terrain apte à recevoir le greffon endométrial.

Cette théorie, très séduisante à certains égards, correspond peut-être réellement à certains faits. La greffe d'éléments d'endomètre parvenus à l'ovaire par une menstruation rétrograde nous paraît assez hypothétique, mais la greffe péritonéale d'éléments muqueux provenant de la rupture de kystes chocolat est tout à fait admissible. Quelques observations de Sampson, où le tissu endométrial fut trouvé parmi les adhérences péritonéales, au voisinage immédiat de la perforation du kyste ovarien, paraissent vraiment devoir être rattachées à cette pathogénie.

Malheureusement cette théorie ne peut pas s'appliquer à tous les faits. Elle est incapable d'expliquer les adénomyomes débutant sous le péritoine dans la paroi vaginale ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Elle est entièrement en défaut pour les adénomyomes inguinaux et ombilicaux. C'est donc encore une théorie incomplète et insuffisante.

c) *Théorie métastatique.* — Tout récemment Halban a proposé une nouvelle théorie : l'ectopie de l'épithélium serait le résultat de métastases d'endomètre par voie lymphatique. Se basant sur les qualités histolytiques du stroma dans l'adénomyose interne, cet auteur pense que les tubes glandulaires peuvent pénétrer dans les fentes et gagner les vaisseaux lymphatiques.

R. Meyer a vivement combattu cette hypothèse qui ne repose sur aucun fait observé, et qui se heurte à de puissantes objections. Tout d'abord le temps est passé où l'on croyait que les lymphatiques s'ouvraient dans les mailles du tissu conjonctif, et les histologistes contemporains sont unanimes à constater que les capillaires lymphatiques se terminent par des cul-de-sac absolument clos. Comment, donc, admettre que les éléments endométriaux puissent franchir les cellules endothéliales pour gagner les vaisseaux lymphatiques?

Halban explique cette migration en comparant l'adénomyome au streptocoque, aux cellules migratrices choriales, ou au carcinome. Cette comparaison n'est pas justifiée, car ces éléments ne parviennent dans les vaisseaux lymphatiques qu'après avoir détruit les cellules endothéliales. Or, une différence essentielle entre les tumeurs malignes et l'adénomyome est précisément que ce dernier n'a aucun pouvoir histolytique sur l'endothélium.

Le seul argument donné par Halban, et qui repose sur des faits observés, est la constatation d'épithélium dans les ganglions lymphatiques. Mais il faut remarquer que cet épithélium trouvé dans les ganglions n'a jamais, ni morphologiquement ni fonctionnellement, le caractère endométrioïde. On peut tout aussi bien penser que, dans ce cas, l'endothélium lymphatique a pris un aspect épithélial sous certaines influences inflammatoires, mais qu'il ne s'agit en aucune façon d'endométriome.

D'ailleurs, si la théorie de Halban est exacte, comment se fait-il que l'adénomyome ne s'accompagne jamais de métastases ganglionnaires éloignées ? Comment R. Meyer et Kitaï, malgré de patientes recherches, ne sont-ils jamais parvenus à trouver des éléments endométriaux dans les canaux lymphatiques ? Pourquoi l'adénomyohyperplasie interne de l'utérus ne s'accompagne-t-elle presque jamais d'endométriomes ectopiques ? Et inversement, comment ces derniers se rencontrent-ils très souvent chez des femmes dont la muqueuse utérine n'a aucune tendance à infiltrer le myomètre sous-jacent ?

3) Origine péritonéale.

L'origine péritonéale est celle qui a rallié le plus grand nombre de suffrages, surtout parmi les auteurs allemands. En tous cas, c'est la théorie qui paraît reposer sur les bases les plus sûres.

a) *Arguments topographiques.* — L'origine séreuse peut être facilement appliquée à tous les endométriomes, quelle que soit leur localisation. Même pour les hétérotopies endométrioïdes extrapéritonéales (ombilic, région inguinale) cette théorie est satisfaisante, car on peut imaginer qu'une hypertrophie d'origine péritonéale puisse devenir secondairement extra-péritonéale au cours du développement de la tumeur. D'ailleurs, il faut remarquer que les adénomyomes extra-péritonéaux se développent toujours dans des régions où nous pouvons sup-

poser la persistance de débris d'endothélium péritonéal, soit embryonnaires, soit acquis. Au niveau de l'ombilic, de la région inguinale, du septum recto-vaginal, nous pouvons supposer la persistance d'éléments endothéliaux de la hernie ombilicale physiologique, du processus vaginal du péritoine, du cul-de-sac de Douglas embryonnaire. Pour les cicatrices de laparotomie, nous comprenons facilement que des amas de cellules péritonéales peuvent se trouver incluses dans la ligne de suture.

b) *Arguments embryologiques.* — L'embryologie nous autorise, dans une certaine mesure, à soutenir cette opinion de la transformation de l'endothélium péritonéal en épithélium de type müllerien, puisque péritoine et canal de Müller tirent tous deux leur origine de l'épithélium cœlomique.

Après formation du canal de Müller, puis différenciation des cellules germinatives et des cellules excrétrices rénales, ce qui reste de l'épithélium cœlomique subit une modification progressive qui, d'épithélium prismatique, en fait un endothélium aplati : c'est le revêtement péritonéal définitif.

La transformation régressive de l'endothélium péritonéal en épithélium de type müllerien ne serait donc qu'une *métaplasie*, ou, comme le veut R. Meyer, une prosoplasie (car il s'agit de cellules indifférentes).

Certains auteurs adversaires de la théorie séreuse demandent pourquoi les séreuses pleuro-péricardi-

que, hépatique, splénique, ne donnent pas elles aussi des hypertrophies du type endométrial. Mais cette objection n'a guère de valeur, car on sait que la différenciation de cellules nées d'une même souche conditionne leurs aptitudes différentes ultérieures. En somme, dans la théorie de la métaplasie séreuse, on attribue à quelques zones péritonéales voisines de l'appareil génital une proche parenté avec l'épithélium müllerien, de sorte que sous certaines influences, l'endothélium de ces régions pourrait acquérir les propriétés morphologiques et fonctionnelles de la muqueuse utérine.

Halban a encore objecté que chez l'homme on ne voit pas l'épithélium péritonéal donner naissance à des glandes analogues à celles de la prostate. Mais il nous suffira de rappeler que seul l'utricule prostatique se forme aux dépens de l'extrémité inférieure des canaux de Müller, et que les glandes prostatiques naissent aux dépens de l'épithélium de l'urètre.

c) *Arguments histo-physiologiques.* — L'expérimentation a montré depuis longtemps que la cellule péritonéale n'a pas une spécificité absolue, et dès 1891 Ranvier décrivait les profondes transformations que subit l'endothélium péritonéal du rat à la suite d'injections de nitrate d'argent dans la cavité abdominale : la cellule modifie sa structure, son volume et sa forme, et prend l'aspect d'une cellule conjonctive typique, étoilée et anastomosée. C'est

déjà là un argument en faveur de *l'indifférence de la cellule péritonéale*. De plus, Ranvier remarquait qu'à ce stade d'inflammation succède un stade de restauration où les cellules se multiplient avec une rapidité telle que les cellules de nouvelle formation sont souvent trop nombreuses pour la surface qu'elles sont appelées à recouvrir.

Ces expériences nous montrent donc que certaines irritations peuvent avoir sur la cellule péritonéale une double action, *métaplasique* et *hyperplasique*.

A peu près à la même époque, les travaux des auteurs allemands sur les hypertrophies décidualiformes du péritoine et des ovaires au cours de la grossesse extra ou intra-utérine montrent qu'on assiste souvent, dans ces cas, à une transformation intéressante de l'endothélium péritonéal.

Dobbert (1891), étudiant histologiquement le Douglas d'une femme morte de rupture de grossesse tubaire, remarque entre les groupes de cellules déciduales du Douglas de petites cavités ovales ou arrondies, limitées par une couche de cellules cylindriques ou cubiques dont il ne peut affirmer l'origine. Mais il décrit déjà parfaitement la transformation de l'endothélium péritonéal à la face postérieure de l'utérus. A ce niveau, l'endothélium est remplacé par de hautes cellules cylindriques.

Quelques années plus tard, Schmorl, puis Kinoshita voient nettement, au cours de la grossesse utérine, l'endothélium du Douglas pénétrer par éva-

ginations entre les cellules décidualiformes pour former des cavités pseudo-glandulaires à épithélium cubique ou cylindrique. Certaines cavités sont complètement séparées de la surface séreuse. D'autres lui sont encore reliées et l'on voit alors leur épithélium cubique se continuer directement avec l'endothélium péritonéal.

Ces travaux nous montrent donc que certaines influences (ici la grossesse) peuvent entraîner d'une part une transformation de l'endothélium péritonéal en épithélium cylindrique, et d'autre part, une prolifération cellulaire dont le résultat est une invasion du tissu sous-séreux par des évaginations pseudo-glandulaires.

d) *Arguments anatomo-pathologiques.* — Il nous reste enfin à rechercher si l'étude anatomo-pathologique des endométriomes permet d'asseoir la théorie de l'origine séreuse sur des bases plus sûres, en mettant directement en évidence la naissance des éléments épithéliaux de la tumeur aux dépens de l'endothélium péritonéal.

Dès 1898, Iwanoff, de Pétrograd, démontrait microscopiquement l'origine séreuse d'un endométriome, mais, à cette époque, la théorie wolffienne ralliait tous les suffrages, et c'est seulement plus tard qu'on accorda quelque attention à la théorie de l'auteur russe.

Parmi les adénomyomes vaginaux et para-vaginaux, quelques observations caractéristiques sont

devenues classiques, et tout le monde cite les cas de Renisch et d'Amann, qui sont considérés comme étant d'origine séreuse certaine, même par les partisans d'autres théories. Mais si le cas de Renisch est tout à fait remarquable et convaincant, et si les observations d'Amann s'en rapprochent beaucoup, on paraît les considérer à tort comme des faits isolés.

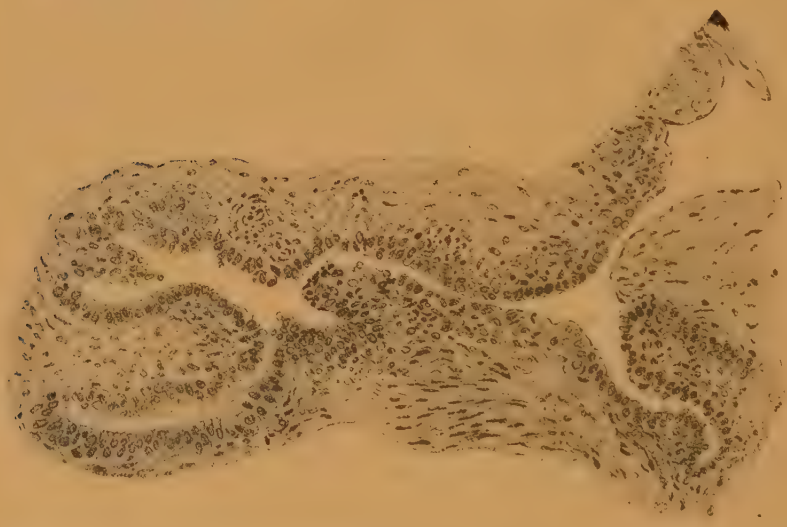


FIG. 16. — *Evagination de la séreuse péritonéale dans un adénomyome* (D'après SITZENFREY.) L'évagination est tapissée d'un épithélium cylindrique qui se continue insensiblement avec l'endothélium aplati (Obs. XXXV).

Or, Heine note que le péritoine de Douglas a perdu son caractère endothélial pour devenir cubique, et que, par places, il pénètre et envahit le tissu de la tumeur.

Parmi les six cas de R. Meyer, l'un d'eux montrait une origine péritonéale.

Sitzenfrey attribue à ses cas des origines différentes, et pourtant il note dans trois d'entre eux que la séreuse présente des évaginations tapissées d'un épithélium cylindrique simple qui se continue insensiblement avec le revêtement endothélial aplati (Fig. 16).

Balassanian remarque que l'endothélium recouvrant la tumeur est devenu cubique et envoie des prolongements profondément dans la sous-séreuse. C'est dans les zones où la surface séreuse envoie le plus de prolongements que se trouvent dans la tumeur les canaux glandulaires et kystes les plus nombreux. On trouve ainsi dans la sous-séreuse des canaux ramifiés qui sont reliés à la séreuse par une mince bandelette et d'autres qui se sont entièrement séparés.

La tumeur observée par Auguste Mayer présentait des éléments épithéliaux de hauteur moyenne, et l'on trouvait tous les intermédiaires jusqu'aux cellules aplaties comme celles de l'endothélium séreux qu'on voyait s'enfoncer dans la profondeur.

Plus récemment Westmann, puis Spencer (dans un cas), affirment l'origine séreuse des cas qu'ils ont étudiés.

Nous devons enfin signaler que, dans une thèse que nous n'avons pu consulter, Boskelmann a publié une observation d'adénomyome recto-vaginal dont, aux dires de Pinksohn, l'origine séreuse est indiscutable.

En somme, dans quatorze observations l'origine

séreuse paraît vraiment irréfutable, et nous n'avons invoqué ici que les cas tout à fait caractéristiques, faisant abstraction de ceux où il y a simple présomption, la continuité directe entre les éléments épithéliaux et l'endothélium séreux n'ayant pu être mise en évidence. Malgré cette lacune il y a dans certaines observations des détails histologiques qui peuvent être un argument en faveur de l'origine séreuse. C'est ainsi que la tumeur examinée par Stemmelen venait jusqu'au contact de la muqueuse vaginale, mais c'était au voisinage du cul-de-sac péritonéal que les formations épithéliales étaient le plus nombreuses. D'autre part Schiller remarque que les cavités glandulaires sont revêtues d'un épithélium présentant tous les intermédiaires entre l'épithélium cylindrique et l'épithélium aplati, et conclue qu'il s'agit d'un épithélium primitivement aplati, hypertrophié de façon variable.

Pour certains adénomyomes d'autres localisations cette origine séreuse a d'ailleurs été également démontrée, et von Œttingen a pu voir que les endométriomes ovariens prennent naissance aux dépens de l'épithélium superficiel de l'ovaire, équivalent du péritoine à ce niveau. Cet auteur a parfaitement observé la pénétration du stroma ovarien par des tubes allongés venant de la superficie, et dont l'épithélium aplati devient progressivement cylindrique haut. Le stroma voisin se transforme en tissu cytogène et ainsi naissent des îlots de tissu ayant les caractères de l'endomètre.

Il nous semble donc que la coïncidence fréquente des endométriomes ovariens et para-vaginaux est parfaitement expliquable par la théorie de la genèse séreuse, l'élément biologique qui détermine la transformation du péritoine du Douglas pouvant avoir un effet identique sur l'épithélium superficiel de l'ovaire.

Conclusion.

En résumé, la plupart des théories proposées pour expliquer la genèse des endométriomes ne peuvent être invoquées que pour certaines localisations déterminées de la tumeur. Or, on ne peut s'empêcher de penser que des tumeurs, dont la structure est à ce point invariable, doivent avoir, quelle que soit leur localisation, une origine unique. Comme le dit Oberling « il faut que le même tissu matriciel existe partout où l'on rencontre des endométriomes ». Il paraît absurde d'invoquer une origine wolffienne pour les adénomyomes inguinaux, une origine omphalo-mésentérique pour les adénomyomes ombilicaux, une implantation d'endomètre pour les adénomyomes pelviens..., etc. De plus comment expliquer les adénomyomes qui prennent naissance au niveau des cicatrices de laparotomie et faut-il admettre que la ligne d'incision est passée précisément au point même où existaient des débris embryonnaires?

Il est plus vraisemblable de considérer toutes les hypertrophies ayant la structure de la muqueuse

utérine comme des dérivés de *l'épithélium cœlomique*, soit par l'intermédiaire de l'endothélium péritonéal, soit par l'intermédiaire des muqueuses utérine, vaginale ou tubaire.

Pratiquement on peut donc dire que l'adénomyome est le résultat d'une hétérotopie épithéliale d'origine muqueuse ou séreuse, et on peut diviser les adénomyomes en deux groupes :

1) Les adénomyomes internes d'origine muqueuse;

2) Les adénomyomes externes d'origine séreuse.

Mais il faut savoir que ces deux variétés ne peuvent être distinguées par la simple étude de la situation anatomique de la tumeur, un adénomyome d'origine muqueuse pouvant être en situation sous-péritonéale, et inversement un adénomyome d'origine séreuse pouvant se développer dans l'épaisseur du myomètre de dehors en dedans jusqu'à la muqueuse.

En ce qui concerne plus spécialement les endométriomes vaginaux et para-vaginaux, il est naturel de penser qu'on trouve là les deux types de tumeur, soit qu'il s'agisse d'une hétérotopie et métaplasie séreuse, soit qu'on ait affaire à un adénomyome du col d'origine muqueuse ayant franchi les limites de l'organe pour s'infiltrer dans le Douglas ou la base du ligament large. Dans aucune observation on n'a pu mettre en évidence, de façon indiscutable, une origine aux dépens de la muqueuse vaginale.

Tout récemment Robinson a proposé une théorie analogue qui attribue également à l'épithélium cœlomique l'origine de tous les adénomyomes, mais pour cet auteur il s'agirait d'une prolifération de *débris* cœlomiques restés longtemps quiescents.

Pathogénie

Nous serons brefs sur la question de savoir quelles sont les influences déterminant la naissance de l'adénomyome. C'est là un sujet encore actuellement en pleine obscurité.

Certains auteurs ont incriminé *l'inflammation*, et il fut un temps où R. Meyer ne parlait que d'hétéropie inflammatoire. Les adénomyomes para-vaginaux n'étaient pas pour lui des tumeurs vraies, mais de simples hypertrophies inflammatoires, d'où les termes de paramétrites ou paravaginite postérieure souvent employés par les auteurs allemands.

Il est bien difficile d'affirmer cette genèse inflammatoire, car les signes histologiques d'inflammation existent seulement dans sept des observations que nous avons réunies (obs. VIII, XII, XVII, LXII, LXVIII, CIII, CXXIV).

Il est également difficile de la nier formellement, car on peut admettre que les signes d'inflammation ont existé au début, puis ont rétrocédé et disparu par la suite.

D'autres auteurs ont pensé que la cause déterminante serait plutôt *d'ordre endo-sécrétoire*. L'in-

fluence de la sécrétion ovarienne est en effet indéniable. L'endométriome se développe exclusivement chez la femme, et uniquement à l'âge de l'activité génitale. De plus la participation aux réactions menstruelles et déciduales, la disparition de la tumeur après castration (obs. XII) montrent nettement l'influence de l'hormone ovarienne.

S'agit-il d'une hormone ovarienne normale? Certains le croient, et, remarquant que ces néoformations apparaissent en général chez des femmes stériles et présentant des troubles menstruels, se demandent si une insuffisance de la muqueuse utérine véritable ne serait pas à la base de ces hypertrophies hétérotopiques, qu'il faudrait alors considérer comme des hypertrophies vicariantes (Lauche). Katz et Szenes ont cherché à mettre expérimentalement en évidence le rôle des hormones ovariennes, en exécutant des transplantations de muqueuse utérine dans la cavité péritonéale de cobayes qui avaient subi les uns une castration, les autres une greffe ovarienne, mais leurs expériences ne sont pas absolument concluantes.

S'agit-il alors d'une hormone ovarienne anormale, d'un trouble de sécrétion? C'est ainsi qu'Adler explique tout au moins l'adénomyose utérine interne qui relèverait, d'après lui, d'une dysfonction ovarienne.

Nous voyons donc combien nos connaissances sont vagues sur ce point. Tout ce qu'on peut affirmer c'est que la sécrétion ovarienne a une influence cer-

taine. Mais faut-il incriminer une hyper, une hypo, ou une dys-ovarie? Rien ne nous permet, actuellement, de baser une opinion sur des arguments sérieux.

Etude clinique

Le simple énoncé des troubles engendrés par les adénomyomes para-vaginaux n'est qu'une énumération de symptômes qu'on retrouve dans nombre d'affections génitales de la femme. Ce sont encore ici des douleurs et troubles menstruels, qu'un chirurgien non prévenu mettra sur le compte de l'utérus myomateux dévié, ou d'une masse juxta-utérine qualifiée à tort ou à raison de « masse annexielle ».

Mais certaines particularités des symptômes sont vraiment spéciales à l'adénomyome para-vaginal et doivent attirer l'attention d'un clinicien averti. Aussi les chirurgiens qui ont eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas ont-ils pu poser un diagnostic ferme avant toute intervention et sans avoir eu recours à la biopsie (Cullen, Sampson, King).

La patiente est presque toujours une femme entre 30 et 45 ans, donc dans la période d'activité génitale (deux observations seulement concernent des femmes ayant dépassé la ménopause). Les auteurs allemands lui attribuent un habitus infantile que nous ne trouvons pas confirmé par les observations

que nous avons réunies. Certains auteurs prétendent encore que la malade a depuis longtemps, souvent même depuis toujours, de la dysménorrhée. C'est également un point qui ne nous paraît pas nettement établi.

I. Symptômes fonctionnels

L'adénomyome para-vaginal se traduit par un ensemble symptomatique assez précis, dans lequel on retrouve généralement les trois grands symptômes : *douleurs, troubles menstruels, troubles rectaux.*

L'un de ces symptômes peut prédominer ou même rester longtemps isolé. Dans la règle on peut dire que le premier symptôme est la dysménorrhée douloureuse. Mais il faut savoir que les premiers troubles peuvent n'apparaître qu'assez longtemps après le début anatomique, ou tout au moins rester longtemps très frustes. C'est ainsi que dans un cas d'Amann (obs. XCVII) des nodules de Douglas furent remarqués au cours d'une intervention de fixation utérine, et c'est seulement huit ans plus tard, qu'apparurent les premiers troubles. Chez une malade de Cullen (obs. LXXVI) un petit nodule vaginal n'entraîna, pendant cinq ans, que de légères douleurs menstruelles.

1) Douleur.

Les douleurs constituent sans conteste le symptôme primordial de l'adénomyome para-vaginal

par leur fréquence, leur précocité (c'est presque toujours le premier signe en date), leur acuité. Il est exceptionnel qu'elles fassent complètement défaut, en effet seules six observations précisent que la malade ne souffrait d'aucune façon.

Leur principal caractère est d'être en relation étroite avec la menstruation : elles se présentent toujours comme une *dysménorrhée douloureuse*, fait qui s'explique bien par ce que nous savons de la physiologie pathologique de ces tumeurs, la participation à la menstruation des éléments glandulaires entraînant une congestion menstruelle intense avec hémorragies intrakystiques et interstitielles.

Ordinairement la malade ne souffre que pendant la période menstruelle. Si elle souffre dans l'intervalle, ses douleurs sont très fortement exagérées au moment des règles.

Cette dysménorrhée douloureuse est d'une intensité peu commune. La plupart des observations parlent de « dysménorrhée grave », de « douleurs insupportables », de « règles atrocement douloureuses », obligeant certaines malades à garder le lit à chaque période menstruelle.

a) *Douleurs abdominales.* — Ce sont, le plus souvent, des douleurs abdominales à type spasmodique : sensation de pesanteur dans le bas-ventre, région hypogastrique ou fosses iliaques, avec de temps en temps des paroxysmes, des crampes ou des tiraillements.

Quelquefois les douleurs sont généralisées à tout l'abdomen et s'accompagnent de nausées et vomissements.

Ces douleurs abdominales débutent généralement de un à trois jours avant le début des règles, et sont surtout intenses les deux premiers jours de l'écoulement cataménial.

b) *Douleurs pelviennes.* — Si les douleurs abdominales sont les plus fréquentes, elles ne sont pas les plus caractéristiques. A ce point de vue, les douleurs pelviennes sont beaucoup plus intéressantes.

Ce sont des douleurs *sacrées* ou plus souvent *rectales* ou *périnéales* : sensation de pesanteur, de pression douloureuse sur le rectum, de tiraillements, avec, parfois, des irradiations dans les cuisses ou les jambes.

Ces douleurs sont exacerbées par la marche, les fatigues, parfois par la position assise, et surtout par la défécation. Celle-ci devient extrêmement pénible, avec des épreintes et des douleurs d'une acuité telle qu'elles rappellent celles de la fissure anale.

Cette rectalgie est encore intimement liée à la menstruation. Inexistante ou très atténuée dans l'intervalle des règles, elle apparaît ou s'exacerbe vers le troisième ou quatrième jour, et persiste plusieurs jours après la fin de l'écoulement menstruel. Cette rectalgie menstruelle se prolongeant pendant quelques jours après les règles constitue un des éléments les plus caractéristiques du syndrome.

c) *Dyspareunie.* — De même que le passage du bol fécal provoque une réaction très douloureuse, de même toute pression exercée sur la tumeur est généralement très mal supportée par les malades. Aussi, la douleur au coït ou dyspareunie est-elle très fréquente. Elle n'est signalée que dans treize observations (obs. XCV, XCVI, CV, CXXIII, CXXV, CXLI, CXLII, CXLVI, CLXIII, CLXXXVIII, CXCI, CXCII, CXCIV), mais doit être d'observation beaucoup plus courante. Si on prend, en effet, les statistiques isolées de quelques auteurs qui ont eu l'attention attirée sur ce point, on trouve une très forte proportion. King l'a rencontré dix fois sur cinquante-deux ; Donald d'une part, Michon et Comte d'autre part, quatre fois sur quinze.

Cette douleur, très spéciale à la localisation paravaginale de l'adénomyome, peut avoir une grande valeur par sa précocité. Dans un cas de Herly en effet cette dyspareunie fut le symptôme initial. Elle est parfois très violente et peut rendre absolument impossible toute relation sexuelle.

Cette vive douleur, localisée à un point bien limite, peut être également provoquée par le contact d'une canule au cours des injections vaginales.

d) *Douleurs lombaires.* — Aux douleurs abdominales ou pelviennes, qui sont les plus importantes, s'ajoutent parfois des douleurs lombaires. Elles sont beaucoup moins intéressantes, car elles ne paraissent pas très fréquentes dans l'adénomyome para-

vaginal (onze observations). D'autre part, leur valeur séméiologique est à peu près nulle, car les tiraillements lombaires sont d'observation courante dans toutes les affections génitales de la femme.

Dans certains cas d'adénomyomes la douleur lombaire peut pourtant acquérir un certain intérêt, c'est lorsqu'elle relève d'une distension pyélique par compression urétérale. C'est ainsi qu'une malade de Cullen présentait à chaque période des douleurs lombaires dues au gonflement menstruel de l'adénomyome, qui englobait les deux uretères et les comprimait fortement. C'est là un phénomène exceptionnel qui doit être considéré comme une complication.

2) Troubles menstruels.

Les troubles menstruels sont également de règle dans l'adénomyome para-vaginal, et, quoiqu'un peu moins fréquents que les douleurs, font partie du syndrome habituel de ces tumeurs.

Parfois l'écoulement menstruel ne subit aucune modification, et la malade antérieurement bien réglée conserve des règles absolument normales comme fréquence et comme abondance (19 observations) ou à peine modifiées (obs. XCIV).

Exceptionnellement l'écoulement cataménial revient régulièrement, mais diminue progressivement d'abondance (2 observations). Parfois encore, l'écoulement conserve son abondance, mais ne se produit

plus régulièrement, de sorte que les règles ont tantôt une semaine d'avance, tantôt une semaine de retard (3 observations).

Mais dans la règle les pertes de sang sont exagérées, et se présentent sous l'aspect de *ménorragies* (39 observations). Les règles augmentent progressivement d'abondance et de durée, de sorte que certaines patientes ont des hémorragies menstruelles profuses durant parfois douze à quinze jours.

D'autres malades ont des pertes sanglantes intermenstruelles (22 observations), mais ce type *métrorragique* correspond généralement à un stade plus avancé de la lésion, de sorte qu'il succède et se superpose à des hémorragies du type ménorragique. Signalons que dans un cas de Spencer ces hémorragies irrégulières apparurent plus de cinq ans après la ménopause.

Ces pertes intermenstruelles sont constituées par du sang foncé, noir, ou par un liquide gluant dont la coloration brunâtre dénote un sang profondément altéré. Elles sont généralement peu abondantes, se limitant à un léger suintement tantôt intermittent, tantôt continu ou presque continu.

Nous avons pris soin de dire que ces hémorragies se présentent *sous l'aspect* de ménorragies ou de métrorragies. Ce ne sont pas toujours en effet de véritables ménorragies ou métrorragies, car dans certaines formes à évolution vaginale on constate des suintements hémorragiques qui viennent non de l'utérus, mais de polypes adénomyomateux du

vagin. Dans ce cas il y a alors en réalité des *vaginorragies* menstruelles ou intermenstruelles qui existent seules, ou s'ajoutent aux véritables ménorragies ou métrorragies. Ces vaginorragies peuvent en outre être provoquées par un traumatisme quelconque, examen gynécologique, canule vaginale, coït.

3) Troubles rectaux.

a) *Rectalgie.* — Nous avons déjà insisté sur l'importance de la douleur rectale, qui est un des symptômes les plus importants de l'adénomyome paravaginal. En outre il est fréquent de rencontrer soit un trouble du transit des matières, soit des pertes de sang ou de mucus par l'anus.

b) *Constipation.* — La constipation est fréquente. Elle n'est signalée que dans vingt-et-une de nos observations, mais il faut remarquer que son absence n'est notée que six fois. Au début elle est intermittente, n'apparaissant qu'à l'occasion des règles ; puis elle s'installe même dans l'intervalle, mais subit toujours une exaspération menstruelle particulièrement marquée les derniers jours des règles.

Cette constipation est extrêmement opiniâtre, et s'accompagne parfois de troubles digestifs divers : météorisme, anorexie, nausées, indigestions. Elle peut même aboutir à de véritables crises d'obstruction.

Elle est surtout sévère dans le cas de tumeur volumineuse comprimant la paroi rectale, mais le rétrécissement de la lumière intestinale trouvé à l'examen ou sur les pièces anatomiques ne suffit pas à expliquer la difficulté extrême du transit des matières. Congestion menstruelle de la tumeur et phénomènes spasmodiques sont vraisemblablement les deux éléments qu'il faut incriminer pour expliquer l'importance de cette constipation.

c) *Hémorragie rectale.* — C'est un phénomène rare que signalent seulement sept observations.

La malade de Lochrane (obs. CLII) présenta du sang dans ses matières à la suite d'une crise d'obstruction.

Lauche (obs. CLXXII) a observé des hémorragies rectales qui se répétaient à chaque menstruation. Une observation de Cullen (obs. LXXII) concerne une femme dont le flux menstruel et les pertes sanglantes intermenstruelles venaient tantôt par le vagin, tantôt par le rectum, et parfois en plus grande abondance par cette dernière voie. Goldstine (obs. CXXI), Jessup (obs. XC), Cullen (LXXXIII), Clare (obs. CXLIX) mentionnent encore des hémorragies intestinales sans en préciser les circonstances.

L'existence de ces hémorragies paraît être en contradiction avec ce que nous avons dit de l'intégrité de la muqueuse rectale. Mais ces émissions de sang, contrairement à ce qui se passe pour les vaginorragies, ne sont pas dues à une ulcération de la muqueuse et à l'ouverture de cavités glandulaires en-

dométriales dans la lumière rectale. Elles relèvent uniquement de processus hyperplasiques et congestifs au niveau de la muqueuse rectale.

Ces mêmes phénomènes d'irritation de voisinage peuvent exceptionnellement engendrer l'émission de mucus par l'anus (obs. XIII et XVI).

4) Troubles de la mict on.

Nous signalerons enfin les troubles de la miction qui ne se rencontrent que rarement au cours de l'évolution de l'adénomyome para-vaginal.

Dysurie et pollakyurie ont été observées chez sept malades, soit en permanence, soit uniquement au moment des règles (obs. LXXI).

Une malade d'Heineberg (obs. CIII) présentait une rétention chronique d'urines.

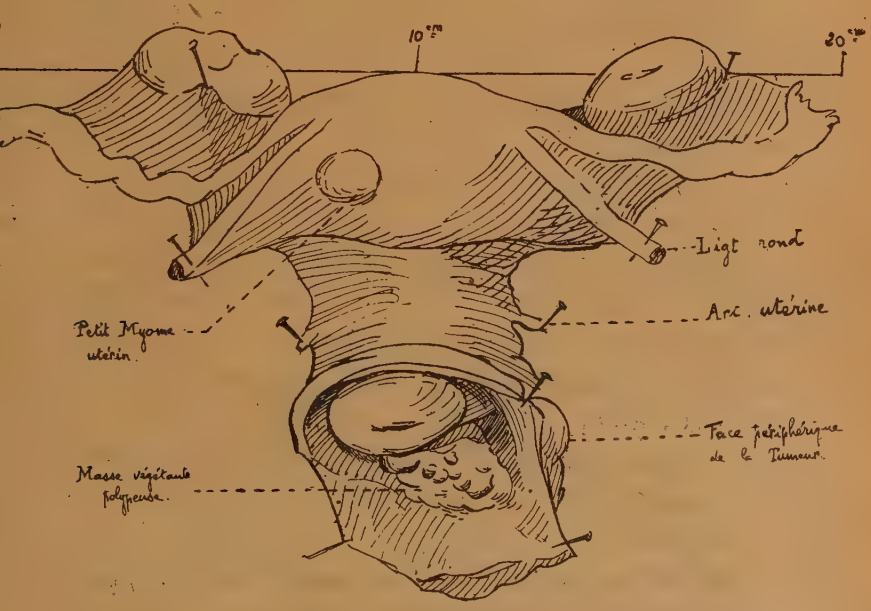
II. Signes physiques

Les renseignements tirés de l'examen de la malade sont généralement suffisamment caractéristiques pour permettre de poser le diagnostic ferme d'endométriome para-vaginal.

Le toucher combiné au palper révèle presque toujours une légère augmentation de volume de l'utérus. Quelques auteurs seulement précisent que cet organe était de volume normal, alors que quarante-deux observations signalent qu'il était gros, régulier ou bosselé par des noyaux myomateux.

Il est souvent dévié, et cela surtout en arrière, soit rétroversion (23 observations), soit rétroflexion (14 observations). King, d'après sa statistique personnelle, conclue que l'utérus est rétroversé dans 21 p. 100 des cas.

La mobilité utérine est ordinairement diminuée (27 observations), parfois douloureuse, et lorsqu'il y a rétroversion celle-ci est presque toujours irréductible.



17. — *Adénomyome vaginal avec polypes venant faire saillie dans la cavité du vagin.* rès un dessin d'Eug. Douay). — Pièce de colpo-hystérectomie (Obs. 1).

Il est fréquent de trouver une augmentation de volume des annexes (26 observations), soit d'un seul, soit des deux côtés, masse kystique adhérente

ou simple empâtement, correspondant à un kyste hémorragique de l'ovaire.

Outre ces constatations, utérus un peu gros, rétroversé ou rétrofléchi, fixé, avec ou sans masse annexielle, le toucher vaginal permet le plus souvent de percevoir la tumeur elle-même. L'aspect de celle-ci est alors bien différent suivant le stade évolutif et la forme clinique de l'affection.

1) Forme nodulaire.

La forme nodulaire est, nous l'avons vu, la forme de début.

Lorsque le nodule est para-vaginal, ce qui est le cas le plus fréquent, le toucher vaginal permet de sentir à travers le cul-de-sac postérieur, directement en arrière ou un peu latéralement, un nodule dur, paraissant avoir le volume d'un haricot, d'une noisette, presque toujours plaqué contre le col auquel il adhère intimement. Il est sensible au toucher, et la pression à ce niveau provoque une douleur exquise, ce qui nous explique la fréquence de la dyspareunie.

Parfois les perceptions sont moins nettes. On ne sent pas un véritable nodule, mais une simple induration, un épaississement rétro-cervical sensible, ou bien une sorte de barre, de crête donnant l'impression d'un doigt fléchi au niveau de la première articulation interphalangienne (King).

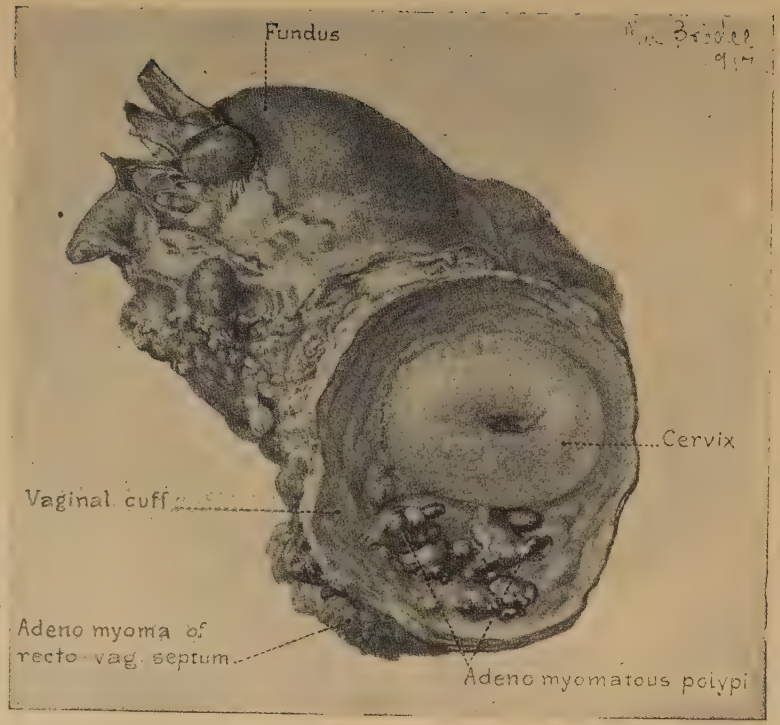


FIG. 18. — *Adénomyome recto-vaginal. Polypes vaginaux* (D'après CULLEN). — Quelques petits myomes du corps. Le museau de tanche est normal. En arrière du col, la paroi vaginale porte des polypes bleu noir, pointus ou arrondis. Ils sont en continuité avec la masse principale de l'adénomyome dont on aperçoit une partie en bas et à gauche de la figure. (Obs. LXXI).

FIG. 19. — *Aspect des polypes vaginaux* (D'après CULLEN). — La paroi vaginale, juste en arrière du col, porte des polypes sessiles largement implantés, recouverts d'une muqueuse vaginale normale. (Obs. LXXIII).

Exceptionnellement enfin il n'y a aucun épaississement péri-utérin, et simplement une sensibilité du Douglas (obs. CXLV).

Le toucher rectal est un examen indispensable. Il permet de mieux explorer la face postérieure du nodule que l'on trouve granuleuse, dure, sensible. Il permet surtout de préciser ses limites exactes. Le noyau examiné au début de l'affection est bien limité, n'adhère pas au rectum, et laisse le paramètre intact. Mais si on l'examine à un stade un peu plus avancé, on pourra déjà percevoir en outre une infiltration sensible d'un ligament utéro-sacré, ou constater que la paroi rectale antérieure adhère au noyau adénomyomateux, de sorte que la nodosité, bien que de volume réduit, unit le rectum à l'utérus sur une petite surface, la muqueuse rectale conservant néanmoins une souplesse absolue qui témoigne de son intégrité. Lorsqu'il en est ainsi, on est en présence d'un nodule qui tend à évoluer vers la forme diffuse.

Un nodule siégeant dans la paroi vaginale elle-même peut être décelé de façon plus précoce, parce qu'il est plus facilement accessible à l'examen clinique.

Dans la paroi vaginale postérieure, au voisinage immédiat du col ou un peu plus bas dans le septum recto-vaginal, on sent une résistance, une zone d'induration, ou même plus nettement un petit nodule irrégulier, très sensible.

Le toucher rectal combiné au toucher vaginal montre que ce nodule est plus près de la muqueuse vaginale que de la muqueuse rectale. Celle-ci est toujours intacte, tandis que la muqueuse vaginale l'est exceptionnellement (obs. CLXXIV). Dans la règle elle adhère au nodule, et l'examen au speculum montre que la muqueuse, à ce niveau, a pris une teinte bleuâtre et paraît ridée.

Plus souvent, même, la tumeur fait saillie au niveau de la muqueuse vaginale sous forme d'un ou deux kystes élastiques bleuâtres de 2 à 5 mm. de diamètre (obs. LXXVI et LXXXI). Autour de chacun d'eux la muqueuse paraît plissée, comme froncée.

Dans un cas de Herly enfin (obs. CLXIII) le nodule avait perforé la muqueuse sur une largeur de 0 cm. 5, et faisait saillie dans la cavité vaginale sous la forme d'excroissances papillomateuses bleu-rougeâtre, saignant facilement au contact.

Quel que soit son siège, vaginal ou juxta-cervical, le noyau adénomyomateux présente deux grands caractères qui ne font que rarement défaut :

Il est *sensible* à la pression.

Il subit à chaque période menstruelle une *augmentation* de volume très nette, de sorte que la tumeur peut être à ce moment deux fois plus volumineuse que dans l'intervalle des règles (obs. CLXXIII).

FIG. 20. — *Adénomyome à forme de nodule rétro-cervical* (D'après CULLEN). — A la face postérieure du corps, on voit les traces de quelques adhérences. A la face postérieure du col, tout près de la ligne d'attache du péritoine, est un nodule bien limité de 2 centimètes sur 1 centimètre. (Obs. LXXVII).

FIG. 21. — *Adénomyome à forme de nodule rétro-cervical* (D'après CULLEN). — La face postérieure du corps est en partie recouverte d'adhérences. L'adénomyome est situé à la face postérieure du col, au voisinage de l'insertion vaginale. Il est plus volumineux, moins bien limité que celui représenté sur la figure précédente, et correspond déjà à un stade un peu plus avancé (Obs LXXIX).

2) Forme diffuse.

Lorsque la tumeur a diffusé dans les tissus voisins les résultats de l'examen physique sont souvent moins caractéristiques, en imposant pour une tumeur maligne ou une affection inflammatoire.

Tantôt on sent non une tumeur nette, mais un épaississement dense, une infiltration noduleuse diffuse, rétro-utérine, s'étendant latéralement dans le paramètre, parfois jusqu'à la paroi pelvienne latérale ou postérieure.

Tantôt on reconnaît une tumeur principale, masse juxta-cervicale du volume d'un œuf de poule ou d'une mandarine, irrégulière, lobulée, sensible, fixée. Sa consistance, généralement dure, n'est pas toujours uniforme, et on sent parfois un ou deux lobules qui paraissent kystiques.

Le toucher rectal, très douloureux, permet de percevoir plus nettement la tumeur, d'étudier ses variations de volume au cours du cycle menstruel (obs. XIII). Il permet aussi, mieux que le toucher vaginal, de sentir que les ligaments utéro-sacrés sont infiltrés, que latéralement les limites de la tumeur ne sont pas nettes, qu'il en part des cordons durs qui se perdent à la face postérieure de l'utérus ou latéralement dans le tissu conjonctif pelvien, que tout le tissu avoisinant la tumeur principale paraît infiltré, empesé, donnant l'impression d'une vieille cellulite.

Il permet surtout de remarquer que la paroi rec-

FIG. 22. — *Adénomyome rétro-cervical, forme diffuse.* — Plusieurs myomes utérins dont l'un est développé dans le ligament large gauche. La face postérieure du col est occupée par un adénomyome à limites imprécises qui adhérait fortemement au rectum (Obs. LXXX).

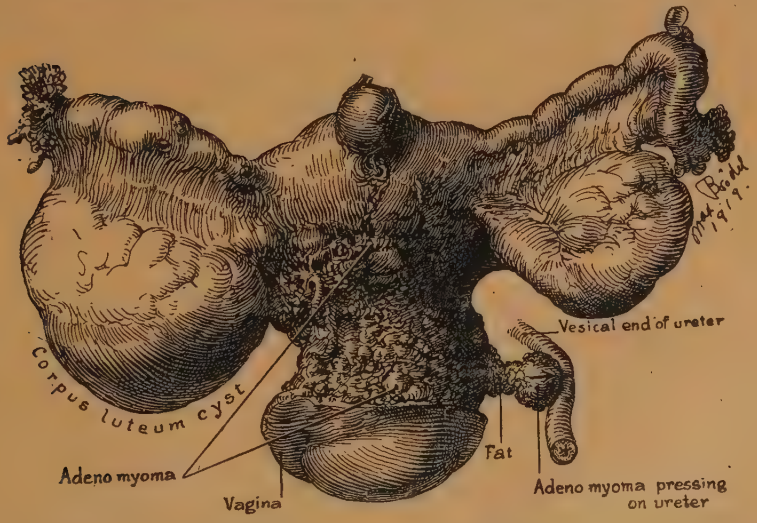


FIG. 23. — *Adénomyome rétro-cervical, forme diffuse* — Petit myome du fond utérin. Kyste lutéinique de l'ovaire gauche. L'adénomyome est à un stade plus avancé que celui de la figure précédente. Il occupe toute la face postérieure du col, s'étend même sur le corps. Un nodule, séparé de la masse principale par du tissu adipeux, comprime l'uretère droit dans la base du ligament large (Obs. LXXXII).

tale antérieure est dure, infiltrée, cartonnée, soudée à l'utérus par l'intermédiaire de la masse adénomyomateuse. La lumière rectale se trouve parfois réduite par la saillie de la tumeur. Malgré tout, la muqueuse conserve sa souplesse et sa mobilité. Il est exceptionnel qu'elle ait subi une modification. Pourtant, dans un cas de Michon et Comte, elle était amincie, et Brown Miller a trouvé la muqueuse rectale adhérente à la tumeur.

S'il y a des hémorragies rectales il y a intérêt à pratiquer une *rectoscopie* pour se rendre compte des lésions exactes de la muqueuse. C'est ainsi que Cullen trouva cinq ou six petits polypes de la paroi rectale antérieure (obs. LXV). Lauche (obs. CLXXII), pratiquant cet examen peu après les règles, vit une zone large comme une pièce de 0 fr. 50, saignant légèrement, et ayant l'aspect du lupus hypertrophique. Un nouvel examen, pratiqué quelques jours après, montra que tout avait disparu. Enfin, Füth trouva simplement une muqueuse boursouflée, mais non ulcérée (obs. XVI).

La tumeur diffuse adhère également presque toujours au vagin, particulièrement au cul-de-sac postérieur. Contrairement à ce qui se passe pour la muqueuse rectale, la muqueuse vaginale est généralement envahie, adhérente, rigide, épaissie, rugueuse. Bientôt elle prend un aspect ridé, froncé (obs. XXV, LXVIII, LXXXVIII, CLXI), puis on voit apparaître des varicosités bleuâtres (obs. LVI).

Bien que conservant sa coloration normale et ne portant aucune ulcération apparente, elle peut donner naissance à un léger suintement sanguin (obs. CI).

D'autres fois, elle porte une série de petits kystes élastiques dont quelques-uns sont bleu-noir, d'où un aspect clouté du cul-de-sac vaginal (obs. LII, LVII, LXXXIII, LXXXVI).

Parfois encore la paroi vaginale envahie plus largement laisse apparaître une masse irrégulière, lobulée, végétante, surmontée d'une série d'excroissances papillaires ou de véritables polypes sessiles ou pédiculés, ayant l'aspect de polypes muqueux de l'utérus. Ces végétations, pointues, arrondies ou aplaties, molles, fragiles, friables, saignent au contact. Elles ont la coloration de la muqueuse vaginale ou bien sont légèrement violacées, bleu-foncé, ou bleu-noir. Quelques-unes mêmes peuvent avoir une coloration brunâtre caractéristique de l'adénomyome (obs. LXXIII).

Pour bien voir leur surface lisse et brillante, il est parfois nécessaire d'étancher le sang noir ou les sécrétions brunâtres qui les recouvrent.

Sous ces polypes souples et doux au toucher on sent une base indurée étendue, qui remonte derrière le col et lui adhère.

Ces excroissances sont généralement d'un volume réduit, et comblent tout au plus le cul-de-sac postérieur, mais elles peuvent atteindre un volume considérable comme en témoignent les observations

de Spencer (obs. CLIV) et de Shaw (obs. CXXX). Le premier trouva une masse irrégulière, friable, emplissant presque le vagin et qu'il détacha facilement. Dans le cas de Shaw, le vagin était comblé par des polypes dont la masse totale représentait le volume d'une orange.

Ces symptômes vaginaux méritent d'être bien connus, car ils impriment à la maladie un aspect vraiment spécial. Mais il faut savoir que leur importance n'a aucune relation avec la taille et l'extension de la tumeur. Tel adénomyome n'envahissant pas la muqueuse vaginale peut s'étendre loin dans le tissu conjonctif pelvien, rétrécissant la lumière rectale, infiltrant les ligaments larges, comprimant les uretères et adhérant aux parois pelviennes. Or, lorsqu'on cherche par l'examen à poser les indications opératoires, l'envahissement vaginal est secondaire, tandis qu'il est capital de préciser l'extension para-métro-vaginale et para-rectale d'où peuvent découler des difficultés opératoires insurmontables. D'où la nécessité d'étudier attentivement la mobilité utérine, et par le toucher rectal le degré d'infiltration des ligaments larges, des ligaments utéro-sacrés et du rectum.

3) Forme kystique. Forme a noyaux disséminés.

Nous avons vu que l'endométriome para-vaginal se présente parfois sous des aspects anatomiques très spéciaux qui nous ont conduit à individualiser

une forme kystique et une forme à noyaux disséminés.

L'allure clinique de ces formes anatomiques est bien difficile à tracer, à cause du petit nombre d'observations et du peu de détails qu'elles donnent.

S'il s'agit d'un kyste volumineux, on trouve l'utérus refoulé directement en avant, ou en avant et un peu latéralement, et à côté de lui une masse arrondie accessible par le toucher bi-manuel dans le cul-de-sac postérieur et au dessus du pubis. Dans le cas de Krönig (obs. X) cette tumeur donnait une sensation de fluctuation très nette.

Dans la forme à noyaux disséminés on peut parfois percevoir un des nodules du Douglas, soit par le toucher vaginal, soit par le toucher rectal (obs. CXVII et CXVIII). D'autres fois on ne sent qu'une augmentation de volume des annexes, soit d'un seul, soit des deux côtés, masse kystique adhérente qui n'est autre qu'un endométriome de l'ovaire (obs. CLXVII).

Evolution - Complications

Il est difficile de déterminer la marche et la rapidité d'évolution de l'endométriome paravaginal abandonné à lui-même, car bien peu nombreuses sont les observations où l'on a suivi les malades sans leur faire subir aucun traitement.

La plupart du temps cette évolution est lente, et s'étend sur plusieurs années. C'est tout au moins ce que paraît prouver un cas d'Amann (obs. XCVII) : au cours d'une laparotomie pour fixation utérine, on remarqua des petits nodules sur la séreuse du Douglas. On ne revit la malade que neuf ans plus tard. Elle souffrait depuis quelques mois seulement, et l'examen décela une tumeur grosse comme une noix, adhérente à l'utérus, au rectum, et même à la paroi pelvienne.

Il est possible que ce large envahissement pelvien ne soit pas un aboutissant fatal de l'affection. C'est ainsi que chez la malade de Stemmelen (obs. LII) on avait constaté un petit kyste de la paroi vaginale. Ce kyste augmenta de volume très lentement, d'autres apparurent petit à petit, mais cinq ans plus tard la tumeur ne dépassait pas le volume d'un œuf

de pigeon, n'adhérait pas au rectum, et laissait le paramètre absolument libre.

Plus démonstratif encore est le cas 12 de Cullen (obs. LXXVI) où un nodule gros comme une tête d'épingle avait été remarqué juste derrière le col, dans la paroi vaginale. Or six ans plus tard il n'y avait encore que deux petits kystes élastiques qu'on put enlever facilement par voie vaginale.

Enfin deux cas de Amann, suivis pendant plusieurs années, ne se modifièrent pas sensiblement (obs. XCVIII, XCIX).

D'autres fois pourtant l'évolution a été progressive et beaucoup plus rapide.

Chez une malade d'Heineberg (obs. CII), l'examen pratiqué à un an d'intervalle montra la première fois simplement deux petits polypes vaginaux, la seconde fois de nombreux polypes reposant sur une induration qui s'étendait latéralement dans la base des ligaments larges.

Un adénomyome observé par Heim (obs. CLXXIX) présenta une évolution plus rapide encore. Au cours d'une laparotomie pour hystérectomie subtotale on n'avait constaté aucune trace d'adénomyome. Six mois plus tard on trouvait une infiltration étendue de la paroi vaginale dans sa partie supérieure. Après un nouveau délai de deux mois la tumeur avait contracté avec le rectum des adhérences telles qu'on fut obligé de réséquer 12 cm. d'intestin.

La *grossesse* paraît avoir sur l'évolution de l'adé-

nomyome une influence néfaste. La malade de Griffith (obs. XCIII), enceinte de six mois, présentait une masse recto-vaginale molle, mal limitée. Dans le courant du mois qui suivit le premier examen on assista à un accroissement considérable, et la tumeur s'étendit au loin vers l'articulation sacro-iliaque, comprimant le rectum.

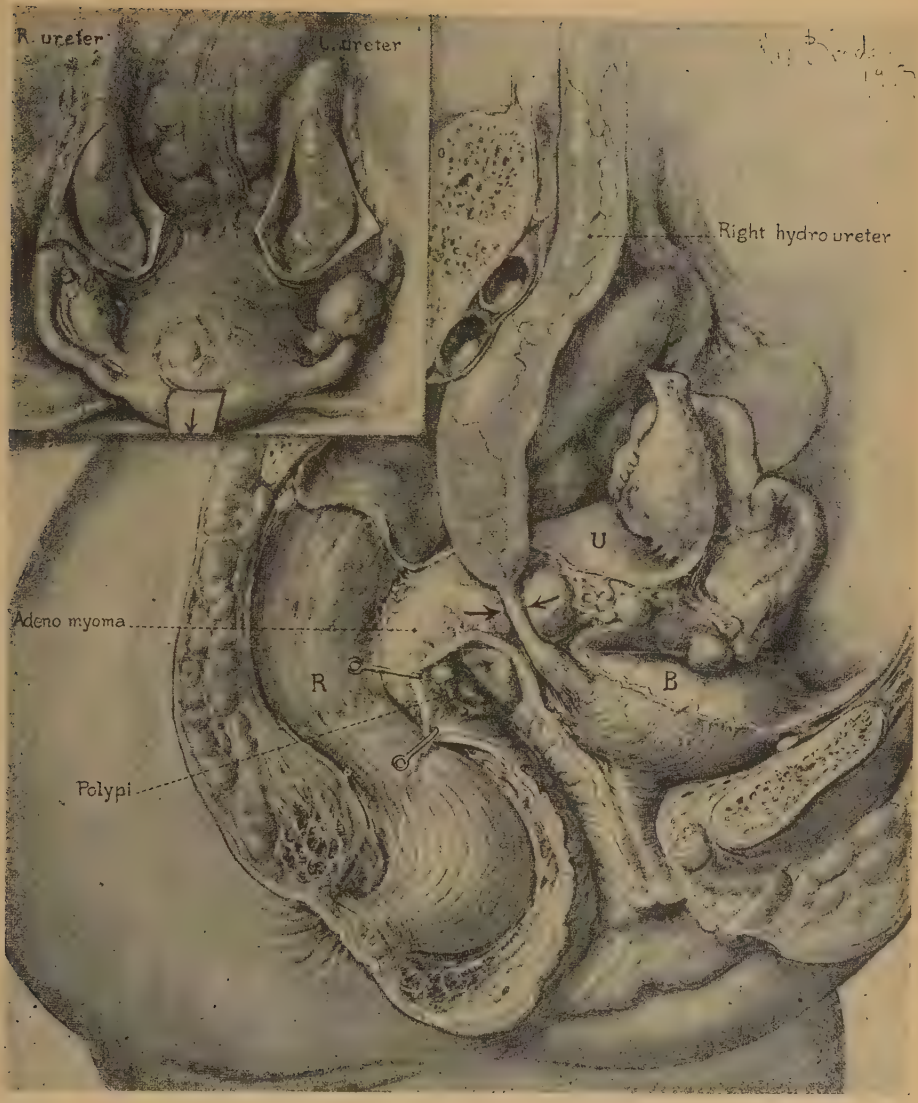
De même la grossesse réactiva très nettement un adénomyome récidivé de Herly (obs. CLXIII) et obligea à un avortement thérapeutique.

Parfois enfin l'évolution de l'endométriome est troublée par l'apparition de symptômes graves que nous devons considérer comme des *complications*.

a) *Atteinte de l'état général.* — Habituellement, l'adénomyome para-vaginal n'altère en rien l'état général. Tout au plus des pertes sanglantes abondantes ou répétées peuvent-elles entraîner un certain degré d'anémie.

Quelques auteurs ont pourtant observé une atteinte marquée de l'état général, sans qu'il paraisse y avoir eu de relation entre l'intensité des symptômes fonctionnels et l'existence de ces phénomènes généraux.

Spencer (obs. CLIV), Rosthorn (obs. XVIII) indiquent simplement que leurs malades avaient un mauvais état général. Sitzenfrey (obs. XXXV) précise que la patiente était amaigrie et anémiée. Enfin Michon et Comte notent de l'amaigrissement dans quatre de leurs observations. Dans l'une d'elles,



IG. 24. — *Adénomyome comprimant les uretères* (D'après CULLEN.) — Dans le coin supérieu
che de la figure sont représentées les lésions telles qu'elles apparurent à l'intervention L
tum était intimement adhérent à la face postérieure du col. Les uretères, très dilatés
eignaient 1 centimètre de diamètre.

e reste de la figure représente une coupe para-sagittale du bassin. La tumeur adhère en arrièr
rectum. En avant, elle a fait irruption dans le cul-de-sac postérieur du vagin sous forme d
its polypes. On voit la stricture serrée de l'uretère droit, dont les portions sus et sous-jacente
t dilatées. L'uretère gauche présentait une disposition identique (Obs. LXXI).

cet amaigrissement atteignait même 20 kilogs. (obs. CLXXXVII).

b) *Phénomènes de compression.* — Lorsque l'adénomyome atteint un certain degré d'extension, il peut entraîner des phénomènes de compression du rectum, de l'uretère, ou du plexus sacré.

Pour ce qui est de la compression du rectum, nous savons qu'elle est à peu près de règle, et nous avons vu qu'une constipation opiniâtre avec troubles de la défécation est fréquemment observée au cours de l'évolution des endométriomes paravaginaux. Dans quelques cas même on a pu voir de véritables *crises d'obstruction intestinale.*

C'est ainsi qu'une malade de Lochrane (observation CLII) eut une crise d'obstruction avec sang dans les matières. Pareil accident ne se reproduisit plus dans la suite. Par contre Sampson a vu une patiente (obs. CXVI) qui avait une crise d'obstruction à chaque période menstruelle.

Ce sont là, croyons-nous, les seuls cas où cette complication ait été observée, car nous éliminons le cas de Cullen (obs. LXVI) où la malade fit une crise d'obstruction quelques jours après une laparotomie, au cours de laquelle on avait fait une hystérectomie subtotale avec ablation incomplète d'un adénomyome du Douglas. Il s'agissait probablement d'une occlusion post-opératoire banale.

La *compression urétérale* peut entraver le cours de l'urine et entraîner une distention pyélique.

C'est ainsi que chez une malade de Cullen (observation LXXI) qui accusait à chaque période menstruelle des douleurs lombaires bilatérales violentes, on trouva à l'intervention les deux uretères englobés dans la tumeur et dilatés très notablement au-dessous du point de striction (fig. 24). Les autres observations où la sténose urétérale a été anatomiquement constatée ne font pas mention de troubles cliniques analogues.

Enfin lorsque l'adénomyome diffuse dans le tissu conjonctif jusqu'à la paroi pelvienne, il peut comprimer le *plexus sacré*, et être ainsi responsable de douleurs irradiées dans les membres inférieurs survenant à chaque période menstruelle.

c) *Accidents infectieux.* — Il est exceptionnel qu'on observe des phénomènes infectieux importants au cours de l'évolution de l'adénomyome para-vaginal. Trois observations seulement en font mention.

Chez une malade de Cullen (obs. LXXXI) se développa un abcès pelvien qui s'ouvrit spontanément dans le vagin.

Dans le cas de Walthard, le sang excrété par le tissu glandulaire s'écoulait dans le vagin par l'intermédiaire d'un diverticule dont l'orifice était très étroit. La rétention de sang menstruel, puis l'infection ascendante produisirent des accidents menstruels, fièvre, pertes fétides, qui ne cessèrent qu'après extirpation de la tumeur.

De même la tumeur observée par Aug. Mayer (obs. C) présentait plusieurs cavités contenant un pus fétide qui s'écoulait difficilement dans le vagin, d'où fièvre et douleurs. L'évacuation de ce pus amena une rétrocession complète des accidents.

d) *Dégénérescence maligne.* — Rappelons enfin que l'adénomyome para-vaginal peut subir la dégénérescence carcinomateuse, comme en font foi les observations de Max Schwab (obs. XXII) et de J. Wilson (obs. LXXXVII). En l'absence d'une cachexie cancéreuse déjà avancée, ou de métastases éloignées, il nous paraît à peu près impossible de nier ou d'affirmer cliniquement cette transformation, qui ne peut être démontrée nettement que par l'examen histologique.

Diagnostic

Le diagnostic de l'adénomyome para-vaginal se présente tout à fait différemment suivant le stade évolutif et la forme anatomique de la tumeur. Mais qu'il s'agisse d'un cas au début ou d'une forme avancée, le diagnostic est presque toujours délicat, exceptés les cas où l'envahissement vaginal donne des symptômes suffisamment caractéristiques pour qu'un gynécologue prévenu n'ait plus aucune hésitation.

Diagnostic difficile surtout parce que la plupart des chirurgiens n'ont pas eu l'occasion d'en observer, et n'envisagent pas la possibilité d'une affection qu'ils connaissent mal. Par contre les auteurs qui ont étudié la question et ont eu l'attention attirée sur cette variété de tumeur, ont pu un certain nombre de fois poser un diagnostic ferme avant l'intervention ou la biopsie. C'est ainsi que Füth, ayant observé un premier cas, put affirmer l'adénomyome chez les deux autres malades qu'il eut à examiner. Sampson posa un diagnostic ferme dans trois cas, Cullen dans six cas, Donald dans onze.

En dehors de ces auteurs et de quelques autres

(obs. LXXXVI, LXXXVIII, CI, CIV, CIX, CXXI, CXXII, CXXIII, CLI, CLXXVIII, CLXXIX, CLXXX, CLXXXI, CLXXXII, CXLI, CXCII) la plupart des cliniciens n'ont pas envisagé le diagnostic d'endométriome et ont pensé aux affections les plus diverses, l'adénomyome para-vaginal pouvant en imposer aussi bien pour une tumeur maligne que pour une affection inflammatoire.

Lorsqu'il s'agit d'un *noyau au début*, souvent on ne sent pas la tumeur elle-même, ou bien trouvant en même temps un utérus gros et irrégulier on interprète l'adénomyome comme un noyau myomateux, ou bien percevant également un petit kyste ovarien on rattache le nodule de Douglas à une affection annexielle, d'où les diagnostics de métrite chronique, fibrome, fibrome avec salpingite, fibrome avec kyste du corps jaune, annexite chronique. Quand il en est ainsi, ce sont les signes fonctionnels plus que l'examen lui-même qui peuvent orienter le diagnostic, et il faut attacher une importance toute particulière aux douleurs abdominales ayant leur maximum le deuxième jour des règles, et aux troubles rectaux se prolongeant quelques jours après la fin de l'écoulement menstruel.

Lorsque *l'adénomyome s'est étendu* et a envahi plus largement la cavité pelvienne, l'examen donne souvent l'impression d'une inflammation périmétritique, d'une vieille cellulite, d'une tuberculose an-

nexielle (obs. XIII et C). Il est alors important d'étudier avec soin la courbe de température de ces malades. Lorsqu'une inflammation périmétritique donne à chaque période menstruelle des douleurs violentes, chaque crise s'accompagne généralement d'une poussée fébrile. D'autre part s'il s'agit d'une tuberculose annexielle on constate presque toujours des poussées de température irrégulières, absolument indépendantes de la recrudescence des troubles fonctionnels. Au contraire nous ne croyons pas qu'on ait signalé de la fièvre dans l'évolution de l'adénomyome, hormis les cas tout à fait exceptionnels où il y a eu complication infectieuse.

Plus souvent, l'examen de la malade fait penser à une *tumeur maligne*. Füth (obs. XV) avait posé ce diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire, et, en effet, le cancer ovarien adhérent dans le Douglas peut donner une symptomatologie tout à fait analogue. Schicklé crut à un néoplasme utérin propagé au rectum (obs. XI). Sampson, chez deux malades (obs. CXIII et CXVI) pensa à un néoplasme rectal.

Cette dernière erreur doit être très fréquente, et il est probable que l'adénomyome recto-vaginal a été longtemps confondu avec le cancer du rectum. Cullen dit que les statistiques de cancers du rectum classés comme définitivement guéris par l'intervention doivent compter un certain nombre d'erreurs de ce genre. C'est en effet très vraisemblable, et parcourant quelques études sur l'extirpation du rec-

tum cancéreux, nous avons relevé l'observation 4 de Schloffer, qui concerne à peu près sûrement un adénomyome utéro-rectal ; mais en l'absence de l'examen histologique il est impossible d'avoir une certitude absolue.

Un examen attentif doit pourtant permettre de différencier l'adénomyome de l'épithélioma du rectum. Nous avons vu en effet que le toucher rectal montre un symptôme capital : l'intégrité de la muqueuse intestinale. Celle-ci reste toujours saine, conserve sa souplesse et sa mobilité, et si exceptionnellement elle paraît glisser moins bien, du fait de l'envahissement de la sous-muqueuse, elle n'est elle-même jamais envahie.

Il est vrai que, lorsque les troubles de la défécation sont accentués, qu'il y a une sténose rectale marquée avec intégrité absolue de la muqueuse, on pourrait penser à une lésion inflammatoire complètement éteinte, à un de ces rétrécissements du rectum dus à des cicatrices scléro-lipomateuses reliquats d'annexites anciennes, bref à ce qu'on a décrit sous le nom de *fibroses péri-métro-rectales*. Mais, dans cette affection, les accidents d'obstruction se répètent à intervalles irréguliers, et ne présentent pas, avec la menstruation ce synchronisme remarquable que possèdent les troubles dûs à un adénomyome.

Lorsque l'endométriome envahit la paroi vaginale et pointe sous forme de polypes friables, la masse végétante qu'on sent dans le cul-de-sac vaginal peut faire croire à un cancer du col (obs. CLIV),

ou à une tumeur maligne du vagin, soit épithélioma (ob. CII), soit sarcome (obs. CV). Il est vrai que dans ce cas rien n'est plus facile que de pratiquer une biopsie, s'il y a le moindre doute.

Nous signalerons enfin qu'on peut rencontrer dans le cul-de-sac de Douglas d'autres tumeurs bénignes ou malignes, qui toutes sont d'ailleurs exceptionnelles.

Winterwitz et Henke, Reichenfeld, Szamec ont rencontré des sarcomes de la cloison recto-vaginale.

Caillaud a vu un fibrome de la portion sus-vaginale du col qui avait clivé le septum ; Marc Sée, Potherat ont extirpé des fibromyomes siégeant dans la cloison elle-même, et ne présentant aucune connexion avec l'utérus.

Von Franqué a décrit une tumeur mixte mésodermique du Douglas qu'il dénomme « pseudolipome sarcomateux papillaire bénin du péritoine ».

Carnac Rivett a trouvé une tumeur calcifiée paraissant développée plus près de la muqueuse rectale que de la muqueuse vaginale et dont l'origine est obscure. Lapthorn Smith a vu deux cas analogues.

Chevassu enleva par voie vaginale une petite tumeur para-vaginale postérieure, grosse comme une noisette. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un ganglion lymphatique.

D'autres auteurs ont rencontré des tumeurs

vaginales de structure épithéliale. C'est ainsi que Bumke, à propos d'un épithélioma cylindrique du Douglas ne présentant aucune connexion avec les muqueuses voisines, a rassemblé onze observations identiques. Il a en outre publié un cas d'épithélioma pavimenteux rectovaginal qui est à rapprocher de deux cas analogues de Davidsohn.

A côté de ces tumeurs épithéliales malignes on a décrit des tumeurs épithéliales kystiques bénignes. C'est ainsi que Winternitz et Henke trouvèrent, en arrière de l'utérus, une grosse tumeur kystique à contenu clair, adhérant si fortement au rectum que celui-ci fut ouvert au cours de l'intervention. L'examen histologique montra un épithélium cylindrique simple par endroits, stratifié en d'autres, un épithélium aplati en quelques points. Cet épithélium reposait sur un tissu conjonctif pauvre en cellules, avec infiltration irrégulière de cellules rondes.

Bumke a observé une tumeur analogue : volumineux kyste recto-génital dont l'épithélium cubique était séparé de la coque fibro-musculaire par une épaisse couche de tissu conjonctif.

Quelle est la nature exacte de ces tumeurs épithéliales para-vaginales, et quelle est leur origine? On a invoqué les débris du canal de Wolff, un ovaire surnuméraire. Ne s'agit-il pas, plus simplement, tantôt d'endométriomes à forme kystique, tantôt d'endométriomes ayant subi la dégénérescence maligne? C'est ce que nous sommes portés à croire, car ces tumeurs ont véritablement avec l'adénomyome un grand nombre de points communs : elles siè-

gent dans le tissu para-vaginal postérieur. On trouve tantôt des tumeurs à épithéliums cylindriques tantôt des tumeurs à épithéliums pavimenteux. Dans une même tumeur on trouve, suivant les zones, un épithélium cylindrique ou aplati. L'épithélium est séparé du muscle par une épaisse couche de tissu conjonctif ; et Winternitz et Henke qui décrivent ce tissu conjonctif infiltré de cellules rondes n'ont-ils pas eu simplement sous les yeux une couche de tissu cytogène?

Quoi qu'il en soit, l'essentiel au point de vue pronostic et thérapeutique est de déterminer si on est en présence d'une tumeur cliniquement bénigne ou maligné. Or c'est là une distinction extrêmement difficile.

Si la tumeur est facilement accessible par le vagin, on a tout avantage à pratiquer une *biopsie*, bien que celle-ci ne renseigne sur les caractères histologiques que d'une zone très limitée.

Sinon au cours même de l'intervention le doute peut persister, et trouvant cette infiltraion pelvienne étendue on ne peut s'empêcher de redouter la nature maligne du processus. Un examen histologique extemporané peut alors rendre des services, mais c'est là une méthode qui donne des résultats incertains, et il est bon de se rappeler le cas de Lahm (obs. CXXXIII) où les cavités glandulaires avec réaction déciduale d'un adénomyome furent prises pour les éléments d'un adéno-carcinome.

Traitement

Nous avons vu que l'adénomyome recto-vaginal est une tumeur essentiellement bénigne, qui reste une maladie locale, et pour laquelle on n'a pas à redouter de métastases lointaines. Nous avons dit également que l'évolution est souvent extrêmement lente.

Aussi certains auteurs se sont-ils crus autorisés à garder l'expectative, se contentant de suivre leurs malades à intervalles éloignés.

Bien qu'Amann, qui a adopté deux fois cette ligne de conduite, s'en soit bien trouvé, et n'ait pas constaté de modification sensible au cours des années ultérieures, cette manière de faire est dangereuse, car rien ne peut faire prévoir la rapidité d'évolution de l'affection, et on peut se trouver quelques mois après en présence d'une tumeur beaucoup plus étendue, et plus difficile à traiter. C'est ainsi que dans un cas de Clifford White (obs. LXI), entre deux examens pratiqués à trois mois d'intervalle, la tumeur était devenue intimement adhérente au rectum.

L'adénomyome para-vaginal, bien que tumeur bénigne, nécessite donc un traitement, et un traitement qu'il ne faut pas différer.

1) Traitement chirurgical.

La plupart des malades ont été soumises à un traitement chirurgical ayant pour but, avec des modalités diverses, d'extirper la plus grande partie sinon la totalité de la tumeur.

La voie vaginale a été adoptée par quelques auteurs qui ont ainsi pratiqué soit l'extirpation simple du nodule, soit l'extirpation combinée à l'hystérectomie vaginale.

L'ablation simple des nodules par voie vaginale a été exécutée sur 20 malades. Pick (obs. VIII) et H. Freund (obs. CXXXI) obtinrent des suites favorables. La malade de Stemmelen (obs. LII), malgré une extirpation incomplète, était exempte de récidive 6 mois après. Par contre les opérées de Herly (obs. CLXIII), de Clare (obs. CL), de Wilson (obs. LVII) ne furent pas soulagées, et les deux dernières durent subir plus tard une intervention abdominale. Heineberg (obs. CII), Shaw (obs. CXXX) Schickelé (obs. XII) se trouvèrent quelque temps après en présence de volumineuses récidives.

L'ablation des nodules combinée à l'hystérectomie vaginale a été exécutée sur 5 malades, et Sitzenfrey en obtint un bon résultat éloigné (obs. XXXVII).

Enfin, signalons que Guleke et Schickelé adoptèrent la voie coccy-périnéale. La tumeur récidiva quelques mois plus tard.

Nous croyons donc que, d'une façon générale, la voie basse est à rejeter. Elle ne serait acceptable qu'en cas de nodule très réduit et parfaitement limité, mais l'examen clinique ne donne à cet égard que des renseignements incertains. Nous savons, d'autre part, que l'adhérence au rectum est un phénomène extrêmement précoce. Or il nous paraît beaucoup plus malaisé d'exécuter le décollement rectal par voie basse que par voie abdominale. On risque de blesser le rectum dans une région d'accès difficile où la suture sera des plus pénibles.

Becker, H. Freund, Guleke et Schickelé ouvrirent ainsi accidentellement le rectum au cours de l'intervention. La malade de Becker mourut de péritonite par désunion de la paroi rectale. Guleke et Schickelé eurent les plus grandes difficultés à suturer la plaie intestinale qui se désunit rapidement, entraînant une fistule recto-vaginale, puis un volumineux phlegmon du ligament large.

La voie abdominale a été adoptée par la majorité des chirurgiens.

Dans un cas de Michon et Comte, on se contenta d'une thermocautérisation profonde des masses rétro-cervicales. Cette technique n'amena qu'un soulagement passager et conduisit à une nouvelle intervention.

La simple extirpation abdominale du nodule a été pratiquée dans 14 cas. Trois malades furent immédiatement soulagées, mais les résultats éloignés ne sont pas précisés. (obs. X, CXCII, CXCIV). L'opérée de Cullen, revue 2 ans après (obs. LXXXIV), était en excellent état. Les malades de Pinksohn et de Russel Andrews par contre revinrent quelques années plus tard avec des récidives (obs. CLIX et CLXI).

Les autres fois, on enleva à la fois la tumeur et l'utérus, en laissant ou non un ovaire. Cette méthode permet certainement d'avoir un accès plus large sur la tumeur rétro-cervicale, et donne plus de jour pour explorer l'extension du processus.

Parfois la tumeur est encore assez bien limitée, le rectum se laisse décoller, et on a l'impression de pouvoir enlever avec l'utérus la totalité de la masse adénomyomateuse. Mise en pratique 45 fois (43 totales, 2 subtotales), cette manière de faire ne donna aucune mortalité opératoire. Seule, une malade de Cullen mourut cinq mois plus tard d'un volvulus dû à des adhérences post-opératoires. Aucun auteur ne signale de récidive, et quelques-uns précisent qu'ils ont suivi leurs opérées pendant plusieurs années (neuf ans dans les cas de Spencer et de Wilson) sans constater aucun retour des accidents.

D'autres fois l'extension de l'adénomyome est telle que l'extirpation complète nécessiterait une résection plus ou moins étendue de la paroi rectale. Cullen pense qu'il faut encore tenter, sauf exception, une exérèse complète :

« Si la tumeur adhère intimement au rectum, une portion de celui-ci devra être enlevée en même temps que l'utérus. Il me paraît préférable, après avoir dégagé l'utérus de tous côtés, d'ouvrir le vagin en avant et latéralement. L'utérus et le rectum peuvent alors être attirés hors du pelvis, ce qui facilite l'ablation de la portion de paroi rectale qu'il est nécessaire de réséquer. L'utérus sert ainsi d'agent de traction, et tout est enlevé d'une seule pièce.

« Quand la lumière rectale est considérablement sténosée, il faut faire une résection annulaire du rectum et terminer par une anastomose.

« Dans les cas désespérés, où tous les viscères pelviens sont agglutinés, aucun procédé ne donne entière satisfaction. La malade ne peut faire les frais d'une longue intervention, et même si elle le pouvait il serait impossible d'obtenir un résultat parfait. Il vaut mieux alors sectionner franchement le sigmoïde, fermer le bout inférieur, et aboucher l'extrêmité supérieure en anus iliaque gauche définitif. Puis dans un deuxième temps, lorsque la malade aura récupéré ses forces, on enlèvera d'une seule pièce rectum, utérus et ligaments larges ».

La résection parcellaire ou segmentaire du rectum que préconise Cullen serait tout à fait légitime s'il s'agissait d'une tumeur maligne, mais ici elle est beaucoup plus discutable. Il faut reconnaître en effet qu'elle aggrave considérablement le pronostic opératoire (3 morts sur 17 opérées, soit 18 p. 100). D'autre part il n'est pas prouvé qu'elle donne des

résultats éloignés supérieurs à ceux d'une thérapeutique moins audacieuse.

Aussi un grand nombre de chirurgiens (32 observations, 32 hyst. totales), suivant le conseil de Lockyer, se sont-ils contentés de séparer la portion adhérente à la paroi rectale par une dissection grossière, en entamant un peu au besoin la paroi musculaire, mais sans ouvrir l'intestin sauf accident involontaire (7 plaies accidentelles). D'une façon générale les suites opératoire furent extrêmement simples. Nous n'avons relevé qu'une mort de péritonite (obs. LXXXVI) et une fistule recto-vaginale temporaire (obs. CI) consécutives toutes deux à des plaies de l'intestin.

Les résultats éloignés ne sont malheureusement précisés que dans un petit nombre de cas. Quatre fois ils ne furent pas favorables : Fries (obs. XCV) vit une récidive six mois après, bien qu'il eut eu l'impression d'avoir enlevé la totalité de la tumeur. Cullen (obs. LXXI), Aug. Mayer (obs. C), H. Williamson (obs. CLVII) assistèrent à une accentuation des troubles fonctionnels et augmentation de volume des éléments adénomyateux qui avaient été laissés lors de l'intervention.

Par contre, des opérées suivies plus ou moins longtemps ne présentèrent aucune récidive (observation CVI huit mois, obs. I dix mois, obs XCIV trois ans), ou bien ne ressentirent plus aucun trouble, malgré qu'on ait laissé des fragments de tumeur (obs. XV), ou même virent régresser spontanément

ces masses adénomyomateuses (huit observations) : Füth put constater la disparition complète de la tuméfaction quatre ans (obs. XVII) et huit ans (obs. XVI) après l'intervention. Dans trois observations de R. Meyer, la guérison définitive fut obtenue, malgré des ablations incomplètes et fut vérifiée après des délais de deux ans (cas de Glöckner) et de quatre ans (cas de Rumpf). Moraller, ayant laissé des fragments néoplasiques adhérents à la paroi intestinale, assista à leur disparition spontanée. Deux cas de Sampson (obs. CVIII et CXIII) eurent, de même, une évolution favorable.

En résumé, dans les cas où l'adénomyome adhérait intimement à l'intestin, l'hystérectomie totale avec ablation plus ou moins complète de la tumeur, mais sans résection rectale, a donné 4 mauvais résultats éloignés, et 12 résultats favorables, et une mortalité opératoire de 1 sur 31 cas (péritonite consécutive à une plaie accidentelle du rectum). Il faut en outre remarquer que, si les chirurgiens ne firent pas de résection rectale, ce n'est pas parce qu'ils étaient en présence de tumeurs peu développées, de cas plus favorables. Bien au contraire dans 12 de ces cas on recula devant l'exérèse complète précisément à cause de l'extension des lésions.

Quelques auteurs ne firent même aucune tentative sur l'adénomyome, et se contentèrent d'une hystérectomie subtotale ou même d'une castration double.

La subtotale fut suivie d'un plein succès dans trois observations de Michon et Comte, où la disparition complète de la tumeur fut contrôlée 5 ans (obs. CLXXXIII), 6 mois (obs. CLXXXV) et 2 ans (obs. CLXXXVI) plus tard. Par contre, elle n'empêcha pas l'évolution de la tumeur dans les cas de Cullen (obs. LXXII) et de Violet et Michon (obs. CXCV).

Particulièrement intéressante est l'observation de Schickelé (obs. XII) où l'ablation bilatérale des annexes suffit à guérir une malade dont les troubles s'étaient accentués et dont la tumeur s'était accrue malgré une tentative d'excision par voie vaginale. Ce beau résultat, qui montre l'importance de la sécrétion ovarienne dans le développement et la croissance de l'adénomyome, doit nous conduire à réprouver entièrement la conduite de certains auteurs qui, enlevant la tumeur et l'utérus, ont cherché à conserver un ovaire.

On peu se demander si cette conservation d'un ovaire n'est pas responsable de quelques-uns des mauvais résultats que nous avons enregistrés : sur 4 résultats défavorables après totales, 2 concernent des cas où les auteurs précisent qu'ils avaient conservé un ovaire (obs. LXXI et C). De même dans l'un des deux cas où, après subtotale, on assista à l'extension de la tumeur, l'ovaire droit avait été conservé (obs. LXXII).

La castration totale paraît donc jouer un rôle important dans la diminution des douleurs en supprimant l'hyperémie menstruelle de la tumeur, et mê-

me dans la régression de l'adénomyome. Mais elle ne constitue pas à elle seule une thérapeutique suffisante puisqu'on a vu apparaître des adénomyomes recto-vaginaux après subtotales où on n'avait laissé aucune glande génitale. Il ne faut donc la considérer que comme le complément indispensable d'une exérèse aussi large que possible de la tumeur. Cette exérèse n'est réalisable de façon satisfaisante que si on fait une hystérectomie totale, qui seule permet d'évider convenablement le Douglas et le paramètre.

Parmi les différentes méthodes opératoires qui ont été employées, nous croyons donc à la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale, avec ablation des annexes, d'une portion plus ou moins grande de vagin, et exérèse de la plus grande partie de la tumeur, en disséquant, au besoin, les uretères, en décollant ou disséquant la paroi rectale sans la réséquer.

Il ne faut pas trop redouter de laisser dans le pelvis des éléments adénomyomateux, dont on peut, à bon droit, escompter la régression spontanée après l'intervention.

2) Traitement par les agents physiques.

En regard de la thérapeutique chirurgicale il nous faut signaler les tentatives de traitement par les agents physiques, Rœntgen et curie-thérapie.

Ces méthodes ont été, et sont encore très discutées, car le petit nombre de résultats publiés ne permet pas encore une opinion définitive. Un fait est pourtant certain, c'est qu'elles peuvent donner des résultats favorables par la simple ménopause artificielle qu'elles provoquent, aussi conçoit-on que certains auteurs aient vu des cas encourageants.

a) *Rœntgenthérapie.* — Williamson a publié une belle observation (obs. CLVIII) d'adénomyome recto-génital envahissant la muqueuse vaginale et qu'il traita uniquement par les Rayons X. Il utilisa des rayons durs en applications sur l'hypogastre et la région sacrée. Il obtint ainsi la cessation des règles et la disparition des douleurs. Puis quatre mois plus tard on reprit le traitement qui provoqua une rapide diminution de la tumeur.

De même Schickelé a déclaré au IV^e^ Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française qu'il pratiquait couramment la biopsie de ces tumeurs et les traitait par la rœntgenthérapie. Il nous a récemment confirmé qu'il obtenait ainsi d'excellents résultats.

Par contre d'autres auteurs ont été moins heureux. Westmann dans trois cas n'obtint même pas une amélioration passagère. Une malade de R. Freund (obs. XLII) subit un traitement par les rayons Rœntgen sans aucun résultat et on dut l'opérer. Lockyer dit que la radiothérapie ne donne que des déboires.

On peut encore envisager l'association de la Rœntgenthérapie et de la chirurgie. Füth a proposé cette méthode et conseille, surtout chez les femmes dont l'état général est précaire, d'essayer d'abord les rayons, quitte à en venir à l'opération en cas d'insuccès. Dans ce cas la perte de temps occasionnée par le premier traitement aura été minime et sans grand inconvénient, étant donnée la croissance lente de ces tumeurs.

Il y a pourtant une objection sérieuse à la radiothérapie pure ou pré-opératoire, c'est que la dégénérescence cancéreuse ou la coexistence d'un adénomyome avec un cancer utérin n'est pas tout à fait exceptionnelle. La biopsie ne renseigne que sur les caractères histologiques d'un espace très limité, et la petite dose de rayons qu'on emploierait pour obtenir la castration artificielle, serait une dose excitante pour un carcinome. C'est donc une arme à double tranchant, une thérapeutique parfois dangereuse, et souvent inefficace si l'on en juge d'après les cas publiés actuellement.

On peut par contre avoir recours aux Rayons X comme thérapeutique post-opératoire, lorsque l'examen de la tumeur extirpée n'a révélé aucune trace de malignité. Guleke et Schickelé (obs. XIII), un an après extirpation d'un adénomyome par voie coccy-périnéale, firent des applications de rayons sur la récidive. Ils obtinrent la ménopause artificielle, une diminution considérable de la tumeur, et une amélioration de l'état général.

Fries (obs. XCV), six mois après une hystérectomie totale avec extirpation de l'adénomyome, trouva dans la paroi rectale une tumeur du volume d'une prune. Il associa alors la curie et la rœntgenthérapie, mais ne précise pas ce qu'il en résulta.

b) *Curiethérapie.* — La curiethérapie a été mise en œuvre dans un plus grand nombre de cas.

Griffith (obs. XCIII) et Petit-Dutaillis (obs. CV) placèrent ainsi des tubes de radium au centre de l'adénomyome, et obtinrent une rapide diminution de la tumeur, la disparition des douleurs ; mais les malades ne furent pas suivies à longue échéance.

Par contre Russel Andrews (obs. CXLIX) suivit sa malade pendant six mois ; il y avait encore une induration marquée du rectum, mais l'état général s'était notablement amélioré. Spencer vit un adénomyome diminuer en huit jours, et 22 mois plus tard n'en trouva plus aucune trace (obs. CLIV).

La curiethérapie employée seule paraît donc déjà donner des résultats intéressants. On peut encore lui faire appel après ablation chirugicale incomplète de la tumeur.

La malade de Clare (obs. CXLIX) fut très améliorée, et deux mois après on distinguait une zone de résorption très nette autour du point où on avait mis le radium.

Dans un cas de Cullen (obs. LXXI) où l'adénomyome, infiltrant largement le rectum et les ligaments larges, n'avait pu être enlevé qu'en partie,

trois applications de radium à plusieurs semaines d'intervalle firent diminuer la tumeur. Six mois après, celle-ci avait de nouveau augmenté de volume, les douleurs s'étaient accrues, mais le mois suivant la malade ne ressentait plus aucune souffrance, augmentait de poids, et avait pu reprendre son emploi de sténographe.

De même H. Williamson (obs. CLVII). ayant laissé un fragment de tumeur adhérant fortement à la paroi rectale antérieure, revit son opérée un an après avec des troubles de la défécation et une masse grosse comme un œuf de pigeon dans l'espace recto-vaginal. Il fit deux applications de radium. Six semaines après il n'y avait plus qu'un léger épaississement recto-vaginal et tous les troubles fonctionnels avaient disparu. Cette amélioration fut définitive.

La tumeur traitée par Herly (obs. CLXIII) se montra plus récalcitrante. Après intervention par voie vaginale il persistait des douleurs violentes. Une première tentative de curiethérapie fut complètement infructueuse. Une seconde application fit disparaître d'abord les douleurs, puis les nodules, mais ceux-ci récidivèrent 6 mois après. Une grossesse provoquant alors une rapide progression de la tumeur, on pratiqua un avortement thérapeutique et on plaça de nouveau des tubes de radium, qui entraînèrent la disparition rapide et définitive de l'adénomyome (vérifiée 3 ans plus tard).

Nous voyons donc que la curiethérapie paraît

constituer une excellente méthode thérapeutique de l'adénomyome, puisque tous les cas publiés sont parvenus, après des vicissitudes diverses, à une grande amélioration, sinon à une guérison définitive.

Faut-il l'employer seule? Nous ferons ici la même objection que pour la radiothérapie : on n'a jamais avant intervention la certitude de la bénignité absolue de la tumeur, et s'il existait assez loin du foyer de radium des zones carcinomateuses, on risquerait d'exciter et d'activer leur prolifération.

Nous croyons donc plus sage de faire d'abord par voie abdominale, une exérèse large avec castration complète. Si les nodules qu'on a dû laisser dans la cavité pelvienne, spécialement contre la paroi rectale, ne régressent pas spontanément, ou s'il en apparaît de nouveaux, on possède dans la curiethérapie une arme puissante qui n'a donné jusqu'ici que de bons résultats.

Observations

Obs. I. — Due à l'obligeance de MM. Baumgartner, Douay et Moncany.

Femme de 40 ans. Pas d'enfant. Bien réglée. Depuis trois mois elle accuse des douleurs vives au moment des règles. En outre entre ses deux dernières périodes menstruelles elle a eu de petites pertes de sang.

Bon état général.

A l'examen on trouve une masse végétante du cul-de-sac postérieur du vagin, à gauche de la ligne médiane. Cette masse est composée de végétations petites, arrondies, rouge violacé, indépendantes du col utérin. Les végétations elles-mêmes sont de consistance molle, mais elles reposent sur une base indurée.

Biopsie (de Kervily). — Deux pièces ont l'aspect de la muqueuse utérine normale, mais sous l'épithélium stratité vaginal le tissu conjonctif est œdématié. Sur l'une d'elles on constate la présence de deux glandes très dilatées, kystiques, à épithélium cubique simple, ayant l'aspect de petits « œufs de Naboth ».

La troisième pièce est plus complexe. Elle est constituée par une muqueuse vaginale à épithélium stratifié, ulcéré sur une petite zone. Sous l'épithélium se trouve le tissu conjonctif œdématié et plusieurs glandes en tubes sinueux absolument semblables à des glandes du corps de l'utérus. Les glandes ont une structure normale, sans trace d'inflammation. Autour

d'elles est un tissu conjonctif très riche en cellules fusiformes. Signes d'inflammation sous l'épithélium vaginal.

Il y a donc sous l'épithélium pavimenteux stratifié du vagin du tissu conjonctif de la muqueuse utérine avec des glandes du corps. Ce tissu aberrant n'a pas de limite nette, et se continue avec le tissu conjonctif vaginal.

Conclusions : Aberrance de tissu utérin (du corps utérin) dans le vagin.

Une deuxième biopsie conclue à adénomyome.

Intervention le 28 janvier 1926. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Décollement de la vessie. Décollement pénible du rectum, qui adhère intimement au col et à la paroi vaginale postérieure, de sorte qu'on est obligé d'entamer sa paroi musculaire. La tumeur, née de la partie postérieure et gauche du dome vaginal, a infiltré la base du ligament large gauche, de sorte qu'on est obligé de sculpter le trajet de l'uretère qui est englobé dans la masse.

Ablation en bloc de la tumeur avec l'utérus et une large collerette vaginale. Tamponnement à la Mikuliez.

Suites : Suites opératoires très simples.

La malade, revue 10 mois après, présentait un excellent état général et local.

La pièce (fig. 17) comporte l'utérus avec les annexes et une large collerette vaginale. Au niveau du cul-de-sac gauche postérieur se trouve une tumeur du volume d'une grosse prune, développée surtout à l'extérieur du vagin, où ses limites sont déchiquetées. Elle adhère au col et au vagin, et on y reconnaît la rigole où cheminait l'uretère gauche. A l'intérieur du vagin, la tumeur fait saillie sous forme de petits polypes qui sont maintenant affaissés.

Deux petits myomes sous-séreux du corps utérin. Pas de lésion annexielle.

Obs. II. — Breus. — Cas 1. — Uber wahre epithelführende cystenbidung in uterus-myoma, 1894.

On trouve dans le ligament large droit un volumineux myome en partie kystique, en partie solide. Après ablation on constate qu'il est composé d'une charpente myomateuse contenant des kystes de grandes dimensions (l'un deux contenait 7 litres d'un liquide brunâtre qu'on a évacué avant ablation.

Les parties solides contiennent des noyaux myomateux gros comme le poing contenant de vastes cavités.

Les cavités kystiques ont une surface interne lisse ayant l'aspect d'une muqueuse, et contiennent un liquide brun, clair ou foncé, fluide ou épais.

Microscopiquement la tumeur est un myome typique. Le grand kyste est bordé par une seule rangée d'épithélium cylindrique cilié.

Obs. III. — Breus. — Cas 2. — Loc. cit.

Femme de 51 ans. Tumeur grosse comme une tête d'enfant, faisant saillie de la face postérieure de l'utérus, et recouverte par le péritoine du Douglas et du ligament large gauche.

A la coupe : tissu myomateux, mais la portion centrale contient plusieurs kystes dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une pomme. Ces kystes sont séparés par des cloisons, mais plusieurs communiquent pourtant entre eux. Surface interne lisse. Contenu liquide de couleur chocolat. Paroi à épithélium cylindrique cilié.

Le plus grand kyste communique directement avec la cavité utérine par une ouverture en forme de cheminée qui débouche au niveau de l'orifice interne du col.

Obs. IV. — Pfannenstiel.

Femme de 39 ans se plaignant de violentes douleurs.

On trouve :

1. Salpingite chronique ;

2. Dans le cul-de-sac postérieur du vagin et derrière le col est un noyau dur ;

3. Une tumeur inguinale droite.

On pense à des métastases multiples d'une tumeur maligne.

Opération : Extirpation des annexes droites, de la tumeur inguinale. Hystérectomie vaginale avec ablation du cul-de-sac vaginal postérieur.

Examen des pièces : La tumeur inguinale est un adénomyome gros comme une noix, siégeant en dedans et en dessous de l'anneau inguinal externe, sans connexion apparente avec le ligament rond, qui n'a pas été vu au cours de l'intervention.

A l'utérus, rien de particulier, à part un petit myome pédiculé banal. Par contre, le cul-de-sac vaginal postérieur présente un aspect singulier, par la présence d'une petite tumeur siégeant tout près de l'utérus.

A la coupe, on voit macroscopiquement des taches pigmentaires brun-jaunâtre, des fentes étroites et des petits kystes. Du côté de la muqueuse vaginale lisse on reconnaît des petites saillies kystiques.

Microscopiquement on voit des formations glandulaires, des corpuscules pigmentaires, bref la structure typique d'un adénomyome.

Obs. V. — Von Herff-Iro. — Adéno-myo-fibrome du vagin.

Femme de 49 ans. Réglée à 14 ans et demi. Quatre enfants. Prolapsus utéro-vaginal avec hyperplasie du museau de tanche, dont l'épithélium est sec et ulcéré.

Dans le cul-de-sac postérieur, à l'union du col et du vagin, on voit deux tumeurs polypeuses pédiculées, du volume d'une noix, recouvertes d'une muqueuse vaginale d'apparence normale.

Diagnostic : Polype fibromateux du cul-de-sac vaginal.

Opération : Hystérectomie vaginale en empiétant en arrière sur la paroi vaginale. Colporraphie antérieure.

Microscopiquement : Les tumeurs polypeuses sont constituées par du tissu conjonctif lâche avec des traînées de faisceaux musculaires différemment orientées.

Sous l'épithélium vaginal de la superficie se trouvent de vastes cavités de 3 ou 4 mm. de diamètre, tapissées d'un épithélium cubique ou cylindrique, et contenant des débris cellulaires et du mucus. Parfois tendance à une bordure épithéliale.

On trouve, en outre, de véritables glandes en tube, légèrement enroulées, limitées par un épithélium cylindrique haut. Le conduit excréteur, très étroit, est tapissé de cellules aplaties, parfois d'apparence cornée, se continuant d'une part dans l'épithélium aplati superficiel, d'autre part dans l'épithélium cylindrique des glandes.

Ces deux tumeurs sont donc des fibro-myomes polypeux avec inclusion de kystes de rétention de glandes vaginales vraies (polypes cysto-fibro-myomateux).

D'autre part, l'une des deux tumeurs contient des tubes glandulaires nombreux, très fins, groupés, flanqués de petits kystes allongés ne mesurant que quelques dixièmes de millimètres. Çà et là, quelques embranchements. Epithélium simple, cubique ou cylindrique, bas. Pas de bordure épithéliale.

Cette tumeur est donc un adéno-fibro-myome.

Obs. VI. — Hartz. — Cystadénome du Douglas et de la paroi abdominale postérieure. — *Monats. für Geb. und Gyn.*, 1899, IX.

Femme vierge de 34 ans, réglée à 18 ans. Menstruation régulière. Il y a dix-huit mois, douleurs violentes dans le bas-ventre du côté droit, avec irradiation à la jambe. Nouvelles

douleurs récemment ; on trouve alors une volumineuse tumeur accessible par le toucher bimanuel dans le cul-de-sac postérieur et au-dessus du pubis. L'utérus est refoulé en avant et à droite.

Intervention : Laparotomie. On trouve une tumeur bleu-rougeâtre, grosse comme le poing, surtout développée à gauche, comblant le Douglas et adhérant au mésosigmoïde. Ponction : 2 litres de liquide brunâtre. Extirpation de la poche. Utérus et annexes paraissent sains, à part un petit kyste folliculaire de l'ovaire droit.

Microscopiquement : La paroi du kyste est composée de muscle lisse et tissu conjonctif, où sont disséminés de nombreux tubes glandulaires à épithélium cylindrique simple, entouré d'un tissu conjonctif très riche en noyaux bien colorables. Quelques dilatations kystiques. Traces d'hémorragies récentes et anciennes dans le tissu conjonctif. La grande cavité kystique elle-même est limitée par un épithélium cylindrique.

Obs. VII. — Gossmann. — Adénomyome vaginal. — *Gyn. Gesells, in München*, 22 nov. 1899.

Femme de 30 ans. Deux accouchements prématurés d'enfants morts. Se plaint de stérilité depuis 4 ans.

A l'examen : Rétroversion irréductible. Dans la paroi vaginale postérieure, on sent une résistance avec quelques noyaux dans la muqueuse elle-même.

On revoit la malade 3 mois plus tard. Elle a remarqué des traces de pertes rouges dans l'intervalle des règles. La tuméfaction de la paroi postérieure du vagin est plus volumineuse, plus saillante et plus dure. Elle est du volume d'une noix, bosselée. Il en part un cordon dur, gros comme le petit doigt, qui gagne le col et se perd dans la partie inférieure du corps.

La muqueuse du cul-de-sac postérieur est ridée et bleuâtre.

Biopsie par voie vaginale. Tissu fibro-musculaire où sont disséminés des tubes glandulaires tapissés d'un épithélium cylindrique simple et entourés de tissu cytogène. Quelques dilatations kystiques. Pas trace de malignité.

Abstention et surveillance périodique de la malade.

Obs. VIII. — Pick. — Cas 1

Femme de 31 ans, 3 enfants, pas de fausse couche. Bien réglée. Depuis un an, douleurs dans le bas-ventre. Il y a six mois on a constaté dans le cul-de-sac vaginal postérieur une tumeur grosse comme une noisette, qui n'a cessé d'augmenter de volume depuis cette époque.

A l'examen : Femme robuste. Utérus de volume normal, en anté-flexion. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur grosse comme une prune, dure, peu mobile, tapissée d'une muqueuse vaginale intacte, mais adhérente.

Opération par voie vaginale. Ablation pénible de la tumeur avec la muqueuse vaginale qui la recouvre. Le péritoine du Douglas ouvert est suturé. Drainage.

Suites favorables.

Examen de la tumeur : Dimensions : 23-15-15 mm. A la coupe, substance grisâtre, légèrement fibrillaire, avec des traînées blanchâtres et quelques taches et traînées pigmentaires de coloration rouge-brun ou jaune-orangé.

Microscopiquement : La muqueuse vaginale présente un stroma contenant des capillaires nombreux et dilatés, de petits foyers d'infiltration et quelques granulations pigmentaires.

L'épithélium envoie des formations cryptiques qui s'amincissent en tube, puis se dilatent et se ramifient à leur extrémité. Ces tubes sont tapissés d'un épithélium cylindrique simple. Le tout est entouré d'une accumulation dense de cellules rondes. Quelques hémorragies interstitielles.

Juste sous la musculeuse du vagin apparaît la tumeur qui fait corps avec la paroi vaginale. Stroma fibro-musculaire dont les fibres musculaires lisses sont séparées par du tissu conjonctif. Richesse extraordinaire de formations glandulaires dont l'accumulation correspond aux corpuscules blanchâtres visibles à l'œil nu.

Dans ces traînées blanchâtres, du tissu cytogène typique entoure les tubes juxtaposés. Ces traînées sont plus ou moins anastomosées, et aux points de croisement les tubes sont étroits, rectilignes, disposés les uns à côté des autres, et certains présentent des divisions dichotomiques successives. L'épithélium est uniformément simple avec parfois une bordure en brosse.

Hémorragies et pigments dans les glandes, dans le tissu cytogène, et dans le tissu conjonctif intermusculaire. A la périphérie de la tumeur, on trouve, en outre, des petits foyers d'infiltration leucocytaire et les vaisseaux sont nombreux et dilatés.

Obs. IX. — Pick. — Cas 2. — Arbeiter aus dem path. Institut zu Tübingen, Bd. 4, Fascicule 3 (résumée par Kleinhans).

Femme de 46 ans, présentant un adénocystome polypeux de la vulve et des annexites chroniques. En outre, on sent au toucher une tumeur dure, grosse comme une prune, faisant bomber la paroi postérieure du vagin.

Après hystérectomie totale, on enlève isolément cette tumeur diffuse qui siégeait dans le septum recto-vaginal.

Microscopiquement on reconnaît un adénomyome mésonéphrotique identique à celui du Cas 1.

Obs. X. — Krönig. — Polykystome de la face postérieure de l'utérus. — *Gesellschaft für Geburts. zur Leipzig*, 19 nov. 1900, et *Beiträge zur Geburts. und Gyn.*, vol. IV.

Femme de 42 ans se plaignant depuis un an de troubles vésicaux qui s'accentuent progressivement. On assiste en même temps à l'augmentation de volume d'une tumeur kystique située derrière l'utérus. D'abord petite, elle est devenue maintenant du volume d'une tête d'enfant, et donne une sensation de fluctuation très nette.

Diagnostic : Kystome intraligamentaire.

Intervention : On trouve une volumineuse tumeur développée en arrière de l'utérus, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et ayant décollé le péritoine de la paroi postérieure du bassin. Une ponction de la tumeur permet d'évacuer un litre de liquide brunâtre. L'utérus et les annexes intacts sont facilement décollés, mais en arrière la libération de la masse est très pénible : érosion de la paroi rectale qu'on suture immédiatement. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Guérison rapide et disparition des troubles.

Microscopiquement : La tumeur présente l'aspect glandulaire caractéristique des tumeurs wolffiennes de Recklinghausen.

Epithélium cylindrique reposant tantôt sur un tissu conjonctif pauvre en cellules, tantôt sur un tissu conjonctif riche en cellules à noyaux arrondis ou fuselés.

Obs. XI. — Schickelé. — Cas 1. Tumeur mésonéphrotique. — *Beitr. zu Geburts. und Gyn.*, 1902.

Femme de 38 ans. On a déjà enlevé une tumeur vaginale il y a 2 ans. Depuis quelque temps, développement d'une nouvelle tuméfaction.

A l'examen : Dans la moitié supérieure de la paroi vaginale

postérieure on sent une tumeur dure, du volume d'une noix, sur laquelle la muqueuse glisse sans adhérer.

Intervention : On peut cliver la tumeur de la paroi vaginale, mais elle adhère tellement au rectum qu'on est obligé de réséquer partiellement la paroi rectale antérieure. Comme on pense à la propagation d'un néoplasme utérin on fait en même temps une hystérectomie.

Microscopiquement : Adéno-fibro-myome du septum recto-vaginal et du tissu sous-muqueux du vagin. Formations glandulaires en îlots, communiquant fréquemment par de longs canaux en guirlande. Epithélium cylindrique simple supporté par un tissu cytogène contenant des pigments.

Obs. XII. — Schickelé. — Cas 2. — Adénomyome du tissu para-vaginal. — *Mittelrein. Gesell. für Geburts. und Gyn.*, 17 nov. 1912, et in F. Jacobs, *Beitr. zur Geburts. und Gyn.*, 1914, XIX.

Femme de 34 ans, réglée à 15 ans et demi ; menstruation régulière durant 2 à 4 jours. 6 enfants. A la suite du 4e accouchement, il y a 4 ans, a eu de la fièvre et des douleurs dans le côté (annexite). L'année dernière, après une fausse couche terminée par un curage difficile, apparaissent des douleurs à droite. Depuis lors la patiente se plaint de douleurs pendant les deux jours qui précèdent et les quinze jours qui suivent les règles, douleurs abdominales droites qui rendent la station debout insupportable.

A l'examen : Utérus gros, antéfléchi, mobile. Dans le tissu para-vaginal droit, au voisinage du bord interne du releveur, on perçoit une infiltration diffuse noduleuse, qui s'étend jusqu'à la paroi pelvienne où elle se fixe sur l'épine sciatique. Dans cette région on sent un cordon assez bien limité, sensible à la pression, qui s'effile en avant dans le voisinage de la symphyse.

1re intervention : Voie vaginale. — Excision de la paroi vaginale droite. On gagne progressivement la profondeur pour dégager le cordon. Sous la conduite du doigt, on libère de l'épine sciatique un paquet de tissu cicatriciel gros comme une noix. Fermeture partielle du vagin.

Examen de la pièce : Noyaux dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'un pois, reliés par du tissu conjonctif ou graisseux avec quelques fibres musculaires.

Microscopiquement : Dans certains noyaux, on trouve des tubes glandulaires, canaux et cavités. L'épithélium de la plupart des tubes est cylindrique simple, rarement sur plusieurs couches. Les cavités ont un épithélium tantôt cubique, tantôt aplati (surtout celles qui sont de grandes dimensions) ; elles contiennent du mucus, des débris cellulaires et des globules sanguins.

Tissu cytogène abondant. Par places, infiltration microcellulaire. Remarquer que les éléments épithéliaux sont éloignés de l'utérus, des trompes et de la séreuse.

Suites : Convalescence normale. Examinant la malade avant sa sortie de l'hôpital on trouve encore à droite du col une petite induration granuleuse non sensible. Par le toucher rectal on sent contre l'épine sciatique droite une légère infiltration.

Un an après la malade revient parce que depuis 3 mois les douleurs ont repris, l'obligeant à garder le lit.

Au toucher vaginal : utérus mobile, cicatrice du cul-de-sac droit. A gauche et en haut : petits noyaux de la paroi vaginale. Par le toucher rectal on sent à droite des cordons très sensibles.

2e *Intervention* : Ablation bilatérale des annexes.

Suites : La malade reste guérie.

Obs. XIII. — Guleke et Schickelé. — Adenomyositis du péritoine pelvien. — *Arch. für Gyn.*, 1917, tome 107.

Femme de 25 ans, réglée à l'âge de 16 ans. Menstruations

étaient autrefois régulières, non douloureuses, peu abondantes, durant 4 jours. Depuis quatre ans, règles douloureuses, moins abondantes. Constipation légère pendant les règles, avec douleurs à la défécation. Pas de troubles de la miction.

A l'examen : Femme bien constituée. Douleur à la pression du bas ventre. Utérus épaissi, rétroversé, peu mobile. Les annexes droites adhèrent à l'utérus. Ovaire gauche augmenté de volume. Dans le Douglas on sent une tumeur régulière, bosselée, plaquée sur le face postérieure du col, et du volume d'une noix.

A un nouvel examen pratiqué deux jours après les règles, on trouve à la tumeur le volume d'une petite pomme.

Diagnostic : Tuberculose annexielle ou adénomyome.

1re intervention le 8 juin 1913. Laparotomie. Libération de quelques adhérences. Ablation de la trompe droite et des annexes gauches qui comblaient le Douglas. Drainage vaginal.

Examen des pièces : Salpingite interstitielle chronique. Ovarite gauche suppurée. Pas d'adénomyome.

Suites opératoires : Guérison opératoire. Amélioration très nette pendant plusieurs mois : les règles sont moins douloureuses, les troubles de la défécation moins marqués. Mais dès le mois d'octobre 1913 on note dans le cul-de-sac postérieur une nodosité irrégulière, grosse comme une noisette, non adhérente à l'utérus, mais un peu fixée au rectum.

Puis les douleurs et les troubles rectaux augmentent de nouveau et se montrent même dans l'intervalle des règles. Au mois de mai 1914 ce sont les troubles intestinaux et difficultés de la défécation qui dominent la scène. Pas de sang par l'anus, mais un peu de mucus. Dans le Douglas on sent alors une tumeur dure, bosselée, grosse comme une noix, immobile, plaquée en partie sur le cul-de-sac vaginal, adhérant en arrière au rectum. La muqueuse rectale est normale. La sténose rectale n'est pas considérable.

Diagnostic : Adénomyome inflammatoire du péritoine pelvien. Une excision d'épreuve faite par voie vaginale confirme le diagnostic.

2e *Intervention* le 10 juillet 1914. Voie coccy-périnéale. Refoulement latéral du rectum et libération de la tumeur. En décollant dans la région où on a fait l'excision d'épreuve, on ouvre le vagin. Séparation très pénible de la paroi postérieure de l'utérus. La partie supérieure de la tumeur adhère très fortement au rectum, et en essayant de le décoller on blesse la paroi rectale dans une région qu'on atteint difficilement. On abandonne alors une petite portion de tumeur grosse comme une noisette. Fermeture du rectum et du vagin. Tamponnement. Fermeture partielle.

Suites opératoires : Accidents infectieux pendant deux semaines. Désunion de la suture rectale, et issue de matières par la plaie et par le vagin. Phlegmon du ligament large qu'on incise au-dessus de l'arcade crurale. Rétablissement et sortie en septembre.

Les douleurs cessent complètement puis réapparaissent. En avril 1915 le reliquat de tumeur perçu dans le Douglas, par le vagin et par le rectum, est dur, bosselé, et atteint maintenant le volume d'une noix.

Rœntgenthérapie pour obtenir d'une part la castration artificielle, et d'autre part la régression de la tumeur. Les règles diminuent alors considérablement et ne surviennent plus qu'à de long intervalles ne s'accompagnant d'aucune douleur.

En novembre 1916 la tumeur, considérablement diminuée, n'est plus que du volume d'une noisette. La malade a engraissé.

Obs. XIV. — Heine S. — Adénomyome du col et de la paroi vaginale. — Thèse de Berlin, 1903.

Hystérectomie supra-vaginale avec ablation des annexes, pour adénomyome du col et de la paroi vaginale.

Examen de la pièce : Du col part une tumeur grosse comme une noix, se prolongeant dans la paroi vaginale potérieure.

Microscopiquement : Stroma musculaire avec nombreux kystes et canaux glandulaires. Epithélium tantôt cylindrique, haut, tantôt cubique. Pseudo-glomérules entourés d'un stroma riche en cellules. Les plus gros kystes contiennent des pigments soit libres, soit intra-cellulaires.

Des coupes sériées montrent que les tubes glandulaires présentent de nombreuses communications avec la cavité péritonéale. Le péritoine du Douglas a perdu son caractère endothélial et est devenu cubique. Même dans les zones où il n'y a pas de tubes adénomateux le péritoine pénètre et envahit le tissu de la tumeur.

Là où la muqueuse vaginale limite la tumeur, on voit une communication du vagin avec l'adénome. La muqueuse est épaissie et présente des traces d'hémorragie.

La paroi musculaire du col est normale et sépare l'adénomyome de la muqueuse cervicale normale.

Obs. XV. — Fütн. — Cas 1. — Adénomyome de l'utérus. — *Zentralblatt für Gyn.*, 1903.

Nullipare de 34 ans. Menstruation d'abondance moyenne, durant quatre jours, mais s'accompagnant depuis cinq ans de douleurs vives dans le bas-ventre, constipation et pesanteur rectale.

Une appendicectomie pratiquée il y a quelques mois n'a entraîné aucune amélioration.

A l'examen : femme bien constituée, mais anémique. Hymen intact. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse molle, légèrement saignante, ulcérée sur la largeur d'une pièce de 2 fr. Cette tumeur se continue en haut, derrière le col, par une masse grosse comme le poing, adhérente à la paroi cervicale. A droite, la tumeur s'approche de la paroi pelvienne. A gauche, elle fait une légère saillie sur le bord latéral de l'utérus. L'utérus, un peu gros, est fixé en antéversion et antéflexion. Annexes non palpables.

Par le toucher rectal, on sent, en avant, une tuméfaction grosse comme le poing, paraissant infiltrer la paroi intestinale, mais la muqueuse reste souple et mobile.

Diagnostic : Tumeur maligne de l'ovaire ?

Intervention : Opération de Wertheim. On trouve le Douglas comblé jusqu'au niveau du fond utérin par une masse dure qui, adhérente à l'utérus et au rectum, a dédoublé le ligament large droit, infiltré le ligament large gauche, envahi le cul-de-sac vaginal postérieur, et perforé le septum recto-vaginal. Dissection de l'uretère gauche complètement entouré par la tumeur. On laisse des fragments de tumeur qui adhèrent à la paroi pelvienne latérale et au rectum. Section du vagin aussi bas que possible. Drainage vaginal. Péritonisation.

Suites opératoires favorables. A la sortie de l'hôpital, le toucher vaginal montre dans le cul-de-sac postérieur une masse dure, épaisse. Mais depuis ce temps, état parfait et aucune douleur.

Examen des pièces : Face postérieure de l'utérus dépéritonisée et déchiquetée. A 3 cm. au-dessous du fond, petite saillie grosse comme une cerise. Bords utérins déchiquetés et vermoulus. Petit polype du corps. Ovaires normaux. Contre la face postérieure de l'utérus et faisant corps avec cet organe, une tumeur s'étendant du myome sous-séreux déjà signalé jusqu'à l'orifice externe du col. Sa limite postérieure est déchiquetée. A la coupe, cette masse, très résistante, montre un aspect vermoulu, et à hauteur du col, deux kystes à contenu foncé.

Microscopiquement : La tumeur rétro-cervicale présente la structure typique des adénomyomes : Fibres musculaires et tissu cytogène entourant des tubes glandulaires tapissés d'un épithélium bas. Dans la portion juxta-vaginale, les glandes, très nombreuses, très dilatées, tapissées d'un bel épithélium cylindrique, donnent l'impression de muqueuse utérine hyperplasiée. Elles contiennent des plaques pigmentaires.

La muqueuse cervicale est très nettement séparée de la tumeur et ne présente aucun prolongement infiltrant la musculature. Muqueuse du corps hyperplasique.

Aux points où les ovaires étaient en connexion avec la tumeur, on a également l'aspect de tissu utérin pénétrant dans le stroma ovarien.

Obs. XVI. — Füth. — Cas 2. — *Archiv. für Gyn.*, 1917

Femme de 36 ans. Consulte en 1907 pour hémorragies vaginales.

Le cul-de-sac postérieur jusqu'au museau de tanche est occupé par une masse dure recouverte par l'épithélium vaginal, sauf en un point, où suinte un peu de sang. Le toucher rectal montre que la muqueuse glisse facilement sur cette masse située en avant.

Prélèvement d'un fragment pour biopsie au niveau de la zone qui saigne : la coupe montre une lumière veineuse entourée de tissu infiltré.

On revoit la malade en décembre 1908. Les hémorragies du cul-de-sac postérieur ont cessé progressivement, mais la malade se plaint de douleurs pelviennes, ténesme rectal et évacuation de mucus par l'anus. Constipation opiniâtre et flatulence.

Toucher vaginal : masse dans le cul-de-sac postérieur, utérus fixé en rétroversion. Toucher rectal : on sent en avant une voussure irrégulière, grosse comme un œuf de pigeon, molle, sensible à la pression. Le doigt ramène du mucus sanglant. Au rectoscope, muqueuse un peu boursouflée, mais non ulcérée.

Diagnostic : processus adénomyométritique ayant envahi la paroi rectale.

Intervention le 19 décembre 1908. Hystérectomie totale élargie (Wertheim). Les uretères, entourés d'un tissu dur, sont difficilement disséqués. A droite, l'uretère est même con-

sidérablement stricturé, et présente une légère dilatation susjacente. En décollant l'utérus du rectum, on laisse une masse importante de tumeur contre l'intestin.

Suites opératoires : Guérison définitive constatée 8 ans plus tard. La rectoscopie montre en 1909 une voussure muriforme grande comme une pièce de 0 fr. 50. En 1910, il n'y avait plus que trois ou quatre excroissances grosses comme des lentilles recouvertes d'une muqueuse normale.

Obs. XVII. — Füth. — Cas 3. — *Archiv. für Gyn.*, 1917

Femme de 45 ans, se plaignant d'une constipation opiniâtre depuis quatre ans. Règles abondantes, durant trois à quatre jours, très douloureuses.

A l'examen, on trouve dans le cul-de-sac postérieur une infiltration bosselée et sensible du ligament de Douglas du côté droit.

Deux biopsies sont pratiquées successivement en 1910 et en 1912. Elles montrent un stroma de tissu musculaire et conjonctif avec infiltration microcellulaire abondante, et des hémorragies anciennes (pigments sanguins) et récentes. En outre, un petit conduit glandulaire indépendant de la muqueuse vaginal, et tapissé d'un épithélium simple.

Diagnostic : Adénomyosite.

Intervention le 28 juin 1912. Hystérectomie abdominale totale en laissant du tissu de néoformation adhérent au rectum.

Suites opératoires favorables. La malade, revue plus de quatre ans après, ne se plaignait plus d'aucune douleur ; on ne percevait aucune tuméfaction rectale.

Obs. XVIII. — Rosthorn. — *Monat. für Geburts. und Gyn.*, 1904.

Puberté tardive, stérilité, ménorragies. Depuis quelque

temps, douleurs violentes avec troubles vésicaux et intestinaux marqués. Atteinte de l'état général.

A l'examen : Signes d'infantilisme, col étroit, corps utérin un peu gros. Empâtement du cul-de-sac postérieur avec rigidité du tissu conjonctif rétro-cervical.

Intervention : On trouve des néoformations du fond et des angles tubaires. A la paroi cervicale postérieure, une formation adénomateuse circonscrite adhère très fortement au rectum dont la séparation est très difficile.

Examen de la pièce : La tumeur rétro-cervicale a une structure caverneuse, une couleur gris-rougeâtre et une consistance molle qui frappent immédiatement. De quelques cavités kystiques coule un liquide hémorragique très épais.

Microscopiquement, on trouve des îlots de tissu cytogène abondant infiltré de tubes glandulaires. Ceux-ci ont un épithélium haut et par endroits nettement cylindrique. Aucune connexion avec la muqueuse cervicale.

Obs. XIX. — Kleinhans. — Cas 1. — *Zeit. für Gebur. und Gyn.*, 1904.

Femme de 44 ans, réglée depuis l'âge de 13 ans. Menstruation régulière, revenant toutes les quatre semaines, non douloureuse, abondante, durant huit à dix jours.

Premier accouchement il y a 17 ans ; a nourri pendant un an. Pas de fausse couche.

Pas d'autres antécédents remarquables.

Depuis six mois, elle a remarqué des pertes vaginales brunâtres qui persistent avec de petites interruptions.

A l'examen, femme grande, maigre, mais robuste. Goître parenchymateux gros comme une noix.

Les organes génitaux externes sont enduits d'une sécrétion brunâtre. Dans le tiers supérieur de la paroi vaginale postérieure, on trouve une néoformation lobulée avec quelques ex-

croissances papillaires d'environ 3 mm. de hauteur et de largeur. Ces saillies ont une base indurée, leur surface est lisse et brillante, en partie recouverte d'une sécrétion brunâtre ; elles paraissent avoir un contenu foncé. Aucune ulcération.

Utérus un peu gros, en antéflexion ; sa mobilité est considérablement diminuée par l'infiltration des paramètres. Au-dessus du Douglas, on sent une masse solide de volume modéré. Annexes saines.

Au toucher rectal, on perçoit particulièrement bien cette masse sur laquelle la muqueuse rectale glisse parfaitement.

Biopsie : Surface recouverte d'un épithélium vaginal normal, mais un peu aminci. Le lobule est composé de faisceaux musculaires diversement orientés dans lesquels sont disséminées de nombreuses glandes revêtues d'un épithélium cylindrique simple, et ayant l'aspect soit de tubes, soit de cavités ovales ou irrégulières.

Opération : Colpo-hystérectomie (Wertheim). Les uretères étaient libres. Pas d'adénopathie. Le Douglas était comblé par la fusion du col et du rectum. Extirpation facile sans blesser le rectum. Autour de la zone d'adhérences, on enlève aisément des granulations brun-jaunâtre.

Après extirpation, le rectum ne paraît pas épaissi. Drainage vaginal du paramètre. Péritonisation.

Guérison. A la sortie de la malade, le toucher rectal montre un épaississement au voisinage de la zone d'adhérence, mais muqueuse souple et pas de rétrécissement.

Macroscopiquement : Utérus long de 9 cm. Petit polype cervical. La cavité vaginale présente l'aspect sus-mentionné. La tumeur envahit le cul-de-sac vaginal et la partie voisine du col. Pas de limites nettes. Sa face rectale est irrégulière et déchiquetée.

Microscopiquement : La face vaginale de la tumeur est recouverte d'un épithélium aplati stratifié ininterrompu qui envoie par places de profondes invaginations. Celles-ci se prolongent profondément par un tube étroit plus ou moins divi-

sé et enroulé, et tapissé uniquement par la couche la plus profonde, cylindrique, de l'épithélium vaginal. Cette couche cellulaire devient parfois très basse, aplatie.

La tumeur sous-jacente est formée de faisceaux musculaires entrelacés, avec tissu conjonctif fibrillaire intermusculaire. Çà et là, des formations glandulaires variées : tubes allongés, incurvés ou rectilignes, avec des dilatations kystiques et, par endroits, une division dichotomique. Les lumières glandulaires sont limitées par un épithélium cylindrique simple. Les noyaux, situés à une hauteur variable, donnent une apparence de stratification. L'épithélium est entouré d'un tissu conjonctif riche en noyaux, identique au tissu cytogène, et contenant parfois des pigments. Dans les cavités glandulaires, du sang.

La zone de la tumeur qui paraît envahir la paroi cervicale est composée uniquement de tissu musculaire avec une seule petite glande.

Au niveau du vagin, les cavités glandulaires atteignent l'épithélium superficiel; mais ne le pénètrent pas.

Obs. XX. — Kleinhans-Von Franqué.

Femme de 40 ans, vierge. Réglée à 13 ans. Menstruations régulières, durant trois jours, abondantes, toujours douloureuses.

En février 1903, elle découvre dans la partie gauche du bas-ventre une tumeur sphérique, mobile. Dans ces derniers mois, la tumeur a augmenté de volume, mais est restée indolore.

A l'examen : femme de taille moyenne, bien constituée. Au toucher combiné, on perçoit d'une part un fibro-myome utérin, d'autre part, dans le cul-de-sac postérieur, une tuméfaction grosse comme un œuf de pigeon, plaquée contre la face postérieure du col.

Opération (Von Franqué) : On trouve un utérus rétroversé

avec un myome du fond, gros comme un poing, et dans le Douglas le noyau qu'on avait perçu à l'examen.

Hystérectomie totale en laissant les annexes droites. Après avoir décollé le rectum, on voit que la tumeur adhère à la paroi rectale. Pensant à une tumeur maligne du rectum ayant envahi le col, on résèque 10 cm. d'intestin. Suture bout à bout. Drainage vaginal et abdominal.

Suites opératoires : Guérison. A la sortie de la malade, l'examen montre une légère déviation du rectum vers le coccyx au niveau de la suture.

Examen des pièces : Epaississement considérable du col, surtout en arrière. A la coupe, on voit des cavités sphériques remplies d'un liquide brunâtre.

La tumeur enlevée avec le rectum présente à la coupe un aspect de carcinome, mais la muqueuse rectale est intacte.

Microscopiquement : Dans la partie postérieure du col utérin, les faisceaux musculaires sont augmentés et irrégulièrement disposés. On y voit des inclusions glandulaires de formes variées, en partie entourées d'une mince couche de tissu cytogène. Epithélium cylindrique simple, aplati et cubique par endroits. Pas de cils.

La tumeur adjacente au rectum présente le même type anatomique et envahit le tissu rectal jusqu'à la muqueuse.

L'histogenèse de cette tumeur paraît obscure.

Obs. XXI. — Moraller. — Cystadénofibrome du vagin. — *Verhandlung der Deutsch. Gesells. für Gyn.*, 1907

Femme de 44 ans se plaignant de ménorragies et douleurs pelviennes depuis cinq ans. A l'examen, on trouve un gros fibromyome intraligamentaire, et dans le cul-de-sac postérieur une tumeur adhérant au col et au rectum, et envahissant le tiers supérieur de la paroi vaginale postérieure. A ce niveau, on trouve des excroissances papilliformes dont on prélève un fragment pour biopsie.

Diagnostic histologique : Adénomyome malin.

Intervention : Colpo-hystérectomie totale élargie. Pour éviter une blessure du rectum, on laisse des fragments néoplasiques adhérant à la paroi intestinale.

Suites opératoires : Guérison et disparition spontanée de la tumeur.

Examen microscopique : L'examen du polype enlevé par voie vaginale montre des enfoncements glanduliformes de la surface épithéliale du vagin, et d'autre part des glandes et kystes tapissés d'un épithélium cylindrique simple. Ces dernières formations sont indépendantes des invaginations de l'épithélium vaginal.

Des coupes microscopiques de la paroi cervicale postérieure et de la tumeur vaginale montrèrent la même disposition de tubes et kystes tapissés d'un épithélium cylindrique.

Obs. XXII. — Max Schwab. — *Beitr. zur Geb. und. Gyn.*, 1908, XII.

Adénomyomes multiples de l'utérus subissant la dégénérescence carcinomateuse. La tumeur la plus volumineuse, grosse comme un œuf de poule, encapsulée, était située en arrière du col et comblait le cul-de-sac de Douglas.

Obs. XXIII. — Stevens. — Cas I. — *Proc. Roy. Soc. of Med.*, 11 nov. 1909.

Adénomyome de la paroi vaginale consistant en deux tumeurs, l'une située sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin.

Toutes deux contenaient des espaces kystiques limités par un épithélium cylindrique. Leur situation et leur structure font penser à une origine aux dépens des canaux de Wolff.

Obs. XXIV. — Stevens. — Cas 2. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, 1916.

Célibataire. Dysménorrhée et ménorragies. Deux petits nodules sur la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure. On les mobilise facilement. Ils n'adhèrent ni à l'utérus, ni au rectum, ni au péritoine.

Ablation par voie vaginale.

Obs. XXV. — Stevens. — Cas 3. — *Loc. cit.*

Mariée sans enfant. Dysménorrhée (douleurs abdominales menstruelles) et ménorragies. Masse noduleuse grosse comme la moitié d'une noix, fixée à la portion sus-vaginale du col. Elle adhère à la muqueuse vaginale qui est ridée à ce niveau.

Intervention par voie vaginale. Ablation de la tumeur avec résection partielle du vagin et de la paroi musculaire du rectum à laquelle la tumeur était fixée.

Obs. XXVI. — Stevens. — Cas 4. — *Loc. cit.*

Femme de 42 ans, mariée sans enfant. Pas de fausse couche. Menstruation régulière, mais écoulement excessif pendant deux ou trois jours.

A l'examen : petite tumeur dure, attachée à la face postérieure du col et à la paroi vaginale, mobilisable uniquement avec le col. La muqueuse vaginale est restée souple et mobile.

Curettage utérin. Puis, par voie vaginale, ablation de la tumeur et d'une portion de la paroi musculaire rectale.

Obs. XXVII. — Stevens. — Cas 5. — Loc. cit.

Femme de 43 ans. 3 enfants. Hémorragies vaginales abondantes depuis 3 ans.

Kyste postéro-latéral du vagin, gros comme un œuf de poule. Utérus gros avec des noyaux fibreux. Derrière le col, on sent une masse dure.

Laparatomie. Hystérectomie. Le rectum, attiré en haut, est fixé à la masse rétro-utérine. Résection de la paroi rectale antérieure.

Microscopiquement : Structure d'un adénomyome diffus. Tubes glandulaires, cavités kystiques contenant du sang ou des pigments. Stroma identique à celui de l'endomètre. Tissu fibro-musculaire. Le kyste vaginal est indubitablement d'origine gartnerienne.

Obs. XXVIII. — Stevens. — Cas 6. — Loc. cit.

Femme de 42 ans. 2 enfants. Ménorragies depuis plusieurs années. Hémorragie continue depuis 4 mois.

Utérus gros et rétroversé.

Laparotomie. Découverte d'une tumeur située à l'union de la face postérieure du col et du vagin. Le péritoine qui la recouvre est ridé, d'aspect cicatriciel. Hystérectomie totale.

Obs. XXIX à XXXIV. — R. Meyer. — Cas 1 à 6. — Paravaginite postérieure avec hypertrophie épithéliale hétérotopique. — *Zentr. für Gyn.*, 1909.

L'auteur a publié autrefois un cas d'« adénovaginite » où la paroi vaginale était infiltrée de glandes et kystes. On enleva presque tout le vagin, sauf la partie postérieure qui adhérait très fortement au rectum. Malgré cette ablation incomplète, la malade guérit parfaitement.

Plus récemment, on lui a communiqué 5 nouveaux cas. Dans l'un, l'adénomyome fut trouvé sur un utérus métritique enlevé pour hémorragies incoercibles. Dans un autre, il y

avait coexistence de cancer du col. Dans les 3 autres cas, les nodules furent extirpés à cause des douleurs.

Microscopipuement, l'une des pièces montrait que l'épithélium hétérotopique avait envahi rectum et vagin jusqu'à l'épithélium.

L'origine péritonéale n'était nette que dans un cas où l'on trouvait par endroits une hypertrophie de l'épithélium de la séreuse sur la paroi utérine postérieure, avec, çà et là, des zones d'épithélium cylindrique.

Interventions : Dans deux cas (Rumpf-Glöckner), on se contenta d'ablations incomplètes, à cause de l'envahissement de la paroi rectale. Malgré cela, la guérison se maintenait depuis 4 ans chez l'opérée de Rumpf, depuis 2 ans chez l'opérée de Glöckner.

Obs. XXXV. — Sitzenfrey. — Cas 1. — *Zeitschrigt für Geburts. und Gyn.*, 1909.

Femme de 54 ans entre le 22 septembre 1908. Réglée à 17 ans. Menstruations régulières, d'abondance moyenne, durant 4 à 7 jours, non douloureuses.

Depuis Pâques 1908, elles sont devenues irrégulières : absence pendant onze semaines, puis hémorragie continue jusqu'à maintenant.

Amaigrissement. Troubles digestifs : constipation, météorisme, nausées, anorexie.

Quatre accouchements normaux, le dernier en 1884.

A l'examen : femme de taille moyenne, bien constituée, mais amaigrie et anémiée. Utérus en antéflexion avec myome du corps de la grosseur du poing. Dans le cul-de-sac postérieur, à gauche, on sent un noyau gros comme un œuf de pigeon, adhérent à la portion supra-vaginale du col.

Le toucher rectal permet de mieux explorer la face postérieure de cette nodosité, et donne l'impression qu'elle adhère

à la portion du rectum sus-jacente qu'on ne peut pas atteindre.

Intervention le 24 septembre : Rachianesthésie. Laparotomie. Hystérectomie totale. Le rectum, à 5 cm. au-dessus du fond de Douglas, adhère fortement au col à gauche. A ce niveau, la paroi rectale présente un épaississement du volume d'une noix, et le rectum est dilaté au-dessus de cette sténose.

Dissection des uretères. Le décollement utéro-rectal étant impossible, on sectionne franchement au bistouri entre les deux, puis on fait une résection annulaire de 9 cm. de rectum, suivie de suture bout à bout.

Mèches vaginales et abdominales.

Anus cæcal avec tube de Paul. Dilatation anale.

Suites opératoires favorables. Fermeture de l'anus le 11 novembre. La malade sort guérie le 1er décembre. A ce moment, on sent une légère infiltration rectale au niveau de la suture. La lumière rectale admet deux doigts. A la rectoscopie : pli saillant de muqueuse au niveau de la suture.

Examen des pièces : Utérus long de 16 cm., présentant des myomes interstitiels multiples. Muqueuse polypeuse. Au niveau du col utérin, la zone qui adhérait au rectum, de la grandeur d'une pièce d'un franc, est irrégulière, composée de tissu dur qui, à la coupe, présente un aspect dense, fibro-tendineux, avec des fentes arrondies. La musculature du col est séparée de cette zone par une limite nette.

Les trompes ont un ostium largement ouvert. L'ovaire droit présente quelques petites cavités kystiques qui contiennent des « corpora albicantia » rétractés. L'ovaire gauche est uni à la face postérieure du col par quelques adhérences ; il est volumineux et présente deux cavités kystiques emplies de sang coagulé.

La portion du rectum qu'on a réséquée est indurée sur 7 cm. Sa paroi antérieure est infiltrée par un tissu dur présentant les mêmes caractères que celui qui adhère au col. A ce niveau existe une légère sténose, mais qui ne suffit pas à

expliquer par elle-même les symptômes d'obstruction observés. Muqueuse rectale d'aspect normal.

Histologiquement : Dans un tissu musculaire lisse, dense, on voit des images glandulaires entourées d'un tissu cytogène riche en cellules et quelques cavités kystiques.

Ces images glandulaires et kystiques sont tapissées d'un épithélium cylindrique simple, non cilié, disposé sur une limitante très fine d'origine conjonctive. Elles contiennent des masses de coagulation, des leucocytes, des hématies, des pigments, et des cellules épithéliales flétries.

Tissu cytogène d'épaisseur normale, d'autant plus développé que les glandes sont en amas plus important. Il est infiltré de nombreux leucocytes, parfois de sang et de pigments.

Muqueuse cervicale normale ; pas d'infiltration glandulaire dans la musculeuse.

L'endothélium séreux montre en quelques endroits des évaginations qui sont tapissées d'un épithélium cylindrique simple. Celui-ci s'aplatit pour se continuer directement avec l'endothélium péritonéal. On voit, en outre, quelques tubes glandulaires sous-séreux tapissés d'un épithélium cylindrique simple et entourés d'une couche de tissu cytogène à peine ébauchée.

En d'autres points, les tubes glandulaires ne paraissent pas en continuité avec la séreuse, et certains présentent même comme des formations valvulaires, de sorte qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas de vaisseaux lymphatiques modifiés.

La muqueuse du corps montre une hyperplasie glandulaire kystique avec, en quelques points, pénétration des glandes dans le muscle.

Les myomes sont des myomes ordinaires avec, par places, dégénérescence hyaline.

L'ovaire droit présente des kystes et tubes épithéliaux surtout dans la substance médullaire (origine Wolffienne).

L'ovaire gauche montre dans la corticale un îlot de tissu cytogène infiltré de sang, où est inclus un groupe de forma-

tions glandulaires tapissées d'un épithélium cylindrique qui, par endroits, s'aplatit pour prendre un aspect endothélial. Les tubes glandulaires viennent de la zone d'adhérence avec l'utérus, et ont pénétré dans la profondeur du stroma ovarien.

La tumeur rectale a exactement les caractères de la tumeur cervicale. Les tubes épithéliaux ont pénétré dans les couches musculaires qui sont hypertrophiées, et ont atteint la sous-muqueuse. La muqueuse rectale est normale.

Cinq ganglions lymphatiques enlevés avec le mésorectum ne présentent pas d'altération.

Obs. XXXVI. — Sitzenfrey. — Cas 2.

Nullipare de 42 ans. Réglée à 13 ans. Menstruation d'abord irrégulière, puis régulière, abondante, sans douleur. Se plaint de pesanteur rectale et troubles de la miction.

A l'examen : Femme de taille moyenne, bien constituée. Petite voussure sus-pubienne correspondant à une tumeur dure, grosse comme une tête d'enfant, lisse, mobile, montant jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic. Hymen intact. Paroi cervicale postérieure irrégulière, noueuse, unie à la paroi rectale antérieure. Annexes saines.

Intervention le 11 novembre 1908. Incision de Pfannenstiel. La tumeur part de la paroi utérine antérieure. La paroi postérieure de l'utérus adhère au rectum. En libérant les annexes gauches adhérentes, l'ovaire gauche se rompt et laisse échapper liquide goudron. On laisse les annexes droites. En incisant le péritoine en arrière de l'utérus, on ouvre des petits kystes contenant du sang. Hystérectomie totale avec excision de la paroi vaginale postérieure. Fermeture sans drainage.

Guérison opératoire.

Examen des pièces : Utérus long de 13 cm., en rétroflexion très accentuée, et portant sur sa paroi antérieure un myome un peu plus gros qu'une orange.

La trompe gauche présente un ostium abdominal largement ouvert, contre lequel des adhérences portent des petits kystes gros comme de petits haricots. Dans le mésosalpinx, quatre petits kystes époophoraux. L'ovaire gauche renferme un kyste du corps jaune gros comme une petite noix. Dans le ligament ovarien propre du même côté, petite tumeur grosse comme un haricot, se continuant dans deux traînées épaissies qui la relient l'une au fond de l'utérus, l'autre à la face postérieure du col. Cette dernière se termine dans une petite saillie d'aspect kystique, à paroi épaisse blanchâtre, et à contenu brun-foncé.

Le tiers supérieur de la paroi postérieure du corps et surtout la face postérieure du col présentent des saillies kystiques grosses comme des haricots, à contenu épais, brun.

Microscopiquement : Hyperplasie de la muqueuse du corps. Les glandes cervicales pénètrent profondément dans les couches musculaires adjacentes. Dans les couches utérines superficielles postérieures, on trouve des tubes glandulaires et des kystes, à épithélium cylindrique simple présentant par endroits un plateau strié. Les lumières glandulaires sont vides pour la plupart. Quelques-unes sont remplies d'une masse de coagulation granuleuse, avec des cellules épithéliales desquamées, des hématies et quelques rares leucocytes. Le tissu cytogène est plus abondant autour des tubes qu'autour des kystes autour desquels il manque même souvent.

Toutes ces formations sont à plus de 15 mm. des glandes de la muqueuse utérine.

Le ligament ovarien propre gauche contient un petit adénomyome typique. Dans le mésosalpinx, on trouve d'une part des kystes époophoraux (épithélium cubique sans tissu cytogène), et, d'autre part, des éléments endométriaux sans connexion avec les premiers.

Obs. XXXVII. — Sitzenfrey. — Cas 3.

Femme de 46 ans. Accouchement il y a 15 ans. Métrorragies depuis 6 mois. A l'examen : utérus gros comme un poing et demi, bosselé (myomes). Entre le col et le cul-de-sac postérieur d'une part et le rectum d'autre part, on sent une résistance dure, irrégulière, en connexion intime avec la paroi vaginale. Le toucher rectal montre également une tuméfaction bosselée sur laquelle la muqueuse glisse parfaitement.

Intervention : Hystérectomie vaginale par morcellement. Le col adhère tellement au rectum qu'on est obligé de laisser une partie de la tumeur. Toute la paroi recto-vaginale est notablement épaissie. On enlève un petit hématome rompu de l'ovaire gauche, on laisse le reste de l'ovaire et la trompe gauches et les annexes droites. Fermeture du vagin.

Guérison. Pas de développement ultérieur de la tumeur.

Examen microscopique : Les myomes du corps sont des myomes simples, sans éléments épithéliaux.

Dans la paroi postérieure du col et du vagin, on trouve de nombreux tubes glandulaires et des petits kystes tapissés d'un épithélium cylindrique simple, et séparés du tissu musculaire par un stroma de tissu cytogène donnant, par places, l'impression d'un tissu de granulation franchement inflammatoire.

Les lumières glandulaires et les cavités kystiques contiennent de nombreux pigments. Ces éléments d'épithélium cylindrique infiltrent la paroi vaginale du cul-de-sac postérieur jusqu'à une distance de 3 mm. de l'épithélium, sans qu'il y ait de connexion apparente.

Nombreux vaisseaux thrombosés et hémorragies périglandulaires. Il en est résulté un défaut de nutrition qui a entraîné la destruction de certaines glandes ; aussi, des zones d'hémorragie interstitielle regardent-elles directement dans la lumière de ces glandes ; en d'autres points, on trouve, au pourtour, des zones hémorragiques, des traînées courtes d'épithélium, derniers débris d'images glandulaires.

La muqueuse cervicale envoie des diverticules qui pénètrent la paroi du col jusqu'aux couches superficielles. Les glandes cervicales donnent par places des formations kystiques qui se différencient nettement des images glandulaires situées sous la séreuse de la paroi postérieure du col par leur épithélium cylindrique en palissade.

La séreuse qui recouvre la paroi postérieure du col et du vagin envoie des invaginations sinueuses dans la profondeur. Ces diverticules sont tapissés d'un épithélium cylindrique net.

Dans cette observation, les images glandulaires sont donc en partie d'origine muqueuse, en partie d'origine séreuse.

Obs. XXXVIII. — Sitzenfrey. — Cas 4.

Nullipare de 30 ans présentant une grosse salpingite double.

Intervention : Laparotomie médiane. Après la libération de quelques adhérences, on découvre deux volumineux pyosalpinx séparés par le rectum. Décollement de la vessie, puis du rectum, qui est intimement soudé à la paroi cervicale postérieure. Hystérectomie totale par hémisection utérine. En extirpant les annexes droites, il s'écoule du pus et on rompt des cavités kystiques contenant un liquide hémorragique.

En se préparant à suturer le vagin, on trouve dans sa paroi quelques kystes du volume d'une lentille. Résection de cette portion de paroi. Mèches vaginales et abdominales.

Guérison sans incident.

Examen microscopique : Dans les couches superficielles de la paroi postérieure de l'utérus, on trouve des tubes glandulaires dont l'origine séreuse est évidente. En effet, l'endothélium péritonéal, dans les zones où il est conservé au-dessous des adhérences, a pris le caractère d'un épithélium cylindrique simple qui a pénétré profondément en certains points la paroi utérine sous-jacente.

Les images glandulaires de la paroi cervicale postérieure

sont en connexion avec les tubes glandulaires et les kystes de la paroi vaginale postérieure.

L'examen de coupes sériées du tissu vaginal réséqué montre un tube glandulaire recouvert d'un épithélium cylindrique simple qui s'est développé à partir de l'épithélium vaginal, au niveau d'une inclusion épithéliale solide, cornée en son centre, correspondant à une hypertrophie isolée de la couche cellulaire basale. Ce tube glandulaire a produit plus loin plusieurs cavités kystiques communiquant entre elles, et ne différant pas des kystes d'origine séreuse.

En un point, l'épithélium stratifié du vagin montre un épaississement du volume d'un grain de mil, d'où naît un bourgeon épithélial corné à l'intérieur. Après un trajet de 480 μ, le processus de kératinisation cesse, et la couche cellulaire basale continue en formant un tube glandulaire étroit dont l'épithélium, d'abord cubique, devient ensuite franchement cylindrique. Le tube se dilate enfin en un kyste communiquant avec d'autres kystes.

Dans cette observation, les éléments épithéliaux paraissent dériver en partie de l'épithélium séreux, en partie de la couche des cellules basales de la muqueuse vaginale.

Obs. XXXIX et XL. — Funke et Tilp. — Cas 1 et 2. — *Strasb. Med. Zeit.*, 1910.

Les auteurs présentent deux cas d'adénomyomes, l'un du col utérin, l'autre du cul-de-sac postérieur. Dans les deux cas, l'induration se prolongeait dans la paroi vaginale. Pas d'ulcération.

Intervention : Tumeur diffuse, adhérente au rectum et aux uretères. Extirpation.

Microscopiquement : Adénomyomes.

Obs. XLI. — R. Freund. — Cas 1. — Image décidualiforme du vagin. — *Geburts. Gyn. Gesells. in Wien*, 8 mars 1910.

Chez une femme morte d'infection puerpérale, on trouve un petit kyste vaginal. L'examen microscopique montre des cavités glandulaires, dont les parois, tapissées d'un épithélium cylindrique, ont subi une transformation décidiuale typique.

Obs. XLII à XLV. — R. Freund. — Cas 2 à 5. — Adénomyositis recto-vaginale. — *Zeitsch. für Geburts. und Gyn.*, 1921. LXXXIII.

L'auteur dit avoir observé 4 cas d'adénomyosite recto-vaginale en 6 mois. Chaque fois, le diagnostic fut posé avant l'intervention en se basant sur la localisation de la tumeur qu'on palpait dans le cul-de-sac vaginal postérieur, sur l'envahissement de la paroi rectale antérieure, et sur les symptômes cliniques. Dans un cas, la biopsie confirma le diagnostic.

Les troubles fonctionnels dataient de 1 an 1/2 à 4 ans.

Les quatre cas furent opérés par voie abdominale. Chez deux malades, on enleva l'utérus et les annexes avec la tumeur, en mettant à nu la musculature rectale. Chez la troisième, il y eut une blessure du rectum. Chez la quatrième, le rectum était envahi et comprimé sur une longueur de 15 cm., de sorte que les symptômes d'occlusion dominaient le tableau clinique. Un médecin avait pensé à un cancer du rectum ; il avait institué un traitement radiothérapique sans résultat. A l'intervention, on dut faire une résection rectale étendue avec suture bout à bout.

Toutes les malades guérirent.

L'examen histologique de l'un des ces cas montra que l'hypertrophie glandulaire s'étendait profondément dans la muqueuse rectale, presque jusqu'à l'épithélium. La muqueuse n'était pas perforée, mais ce processus paraissait imminent.

Obs. XLVI. — L. Bazy. — Adénomyome de l'utérus. — *Soc. Anat. de Paris*, 7 février 1912.

Femme d'une cinquantaine d'années. Signes cliniques de fibrome avec salpingite gauche adhérente.

Intervention : Tumeur rétro-utérine du volume d'un poing d'adulte, friable, qui se fragmente en deux segments, l'un qui reste attenant à la face postérieure de l'utérus, l'autre à la face antérieure du rectum. Ablation des fragments et hystérectomie.

Examen de la pièce : Tumeur d'apparence spongieuse, ayant l'aspect placentaire, incluse dans la paroi postérieure de l'utérus au voisinage de l'isthme, assez nettement encapsulée, distante de la muqueuse utérine de 6 mm.

Microscopiquement : Prédominance de l'élément glandulaire sur l'élément conjonctif. Epithélium cylindrique bas. Pas de figure histologique comparable à un débris Wolffien.

Muqueuse utérine normale.

Obs. XLVII. — Nadal. — Adénomyome de la paroi postérieure du vagin. — *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1911.

Femme de 45 ans. Pas de fausse couche. 1 enfant de 21 ans. Bien réglée jusqu'en juillet 1911. En juillet et août, les règles manquent, puis reparaissent en août. Pas de sang entre les menstrues, sauf quelques gouttes à la fin de juillet. En outre, depuis juillet, douleurs intermittentes dans la hanche gauche. Coït indolore.

A l'examen : Sur la paroi vaginale postérieure, plus près de la vulve que de l'utérus, est une tumeur de 2 cm. de long sur 6 mm. de large, placée transversalement, sessile, dure, irrégulière, faisant corps avec la paroi vaginale, indépendante du col.

Intervention : Excision de la tumeur par voie vaginale. Guérison.

Microscopiquement : La tumeur est formée de masses présentant la structure du myome utérin : faisceaux musculaires lisses tourbillonnant en tous sens. Entre ces masses sont des failles occupées par un tissu d'aspect myxoïde et de nombreux petits vaisseaux.

Au sein des masses musculaires sont des productions glandulaires ayant la structure de la muqueuse utérine : les cellules cylindriques sont séparées du muscle par une nappe de cellules fusiformes à noyau ovalaire, disposées en un tissu d'une homogénéité parfaite. Ce chorion se continue insensiblement avec le stroma fibro-musculaire des régions voisines privées de glandes.

Obs. XLVIII. — Renisch. — Adénomyosite de l'utérus et du rectum. — *Zentr. für Gyn.*, 1912, n° 29.

Nullipare de 31 ans. En arrière du col, on sent une tumeur dure, un peu sensible à la pression, grosse comme une petite pomme, plaquée contre la paroi vaginale. Elle adhère intimement à cette paroi et à la paroi antérieure du rectum.

Diagnostic : Tumeur maligne.

Intervention : Laparotomie. Utérus de volume normal. Toute sa paroi postérieure est unie au rectum, et le Douglas est entièrement comblé. Derrière le col est une tumeur intimement unie au col et au rectum, de sorte que, au cours de l'hystérectomie totale, on est obligé de réséquer une portion de rectum de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 10.

Microscopiquement : La tumeur recto-cervicale est une production adénomateuse qui s'étend du col au rectum. Cavités épithéliales dérivant de la séreuse. Epithélium cylindrique. Tissu cytogène. Faisceaux de tissu fibreux et musculaire lisse.

Obs. XLIX. — Walthard. — Tissu glandulaire dans le paramètre. — *Mittelrein. Gesells. für Geburts und Gyn.*, 17 nov. 1912.

A propos du cas publié par Schickelé (obs. XII), Walthard dit avoir observé un cas analogue de tissu glandulaire dans le paramètre d'une femme de 38 ans. Ce tissu glandulaire excrétait du sang menstruel qui s'écoulait dans un petit diverticule vaginal. Ce diverticule ne communiquait avec le vagin principal que par un orifice punctiforme. Il en résulta une rétention du sang menstruel dans le diverticule, puis infection ascendante, d'où fièvre menstruelle et odeur fétide.

L'extirpation de ce diverticule et du tissu glandulaire amena une guérison complète.

Obs. L et LI. — Wolff. — Cas 1 et 2. — Adénomyomes cervico-vaginaux adhérents au rectum. — *Mittelreinische Gesells. für Geb. und Gyn.*, déc. 1913.

L'auteur dit avoir observé deux cas identiques : utérus en rétroflexion. Dans la paroi vaginale postérieure on sent une tumeur grosse comme une petite pomme, adhérente au col et au rectum.

Hystérectomie totale élargie (Wertheim). Dans un cas on dénude la muqueuse rectale, dans l'autre on ouvre le rectum.

Suites : L'une des malades ne fut pas suivie. Chez l'autre on avait laissé une nodosité de la paroi rectale qui, ultérieurement, augmentait de volume, mais les résultats éloignés sont inconnus.

Microscopiquement : On trouve des traînées glandulaires depuis la muqueuse utérine jusqu'au rectum. Aucune malignité histologique. On peut ici discuter l'origine séreuse ou muqueuse.

Obs. LII. — Stemmelen. — Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Thèse de Strasbourg*, 1913.

Femme de 32 ans. Réglée à 16 ans. Menstruation régulière, durant 3 ou 4 jours, d'abondance moyenne. Deux enfants. Depuis 5 ans, le médecin a remarqué un petit kyste de la paroi vaginale postérieure. Malgré des cautérisations, ce kyste a grossi, et on a vu apparaître plusieurs autres petits kystes et une infiltration diffuse.

Curettage il y a 3 ans pour hémorragies. Pas de douleurs réelles.

A l'examen : Dans la paroi vaginale postérieure, on sent une masse grosse comme un œuf de pigeon qui refoule la muqueuse vaginale. Celle-ci adhère fortement à la tumeur et porte plusieurs petits kystes serrés les uns contre les autres. La tumeur se perd de façon diffuse sur les côtés et n'adhère pas au rectum. Paramètre libre. Ovaire gauche un peu gros.

Intervention : Voie vaginale. Ablation incomplète de la tumeur. Ouverture du Douglas. Pas de blessure du rectum. Tamponnement.

Suites opératoires : Six mois après, pas de récidive.

Examen de la pièce : Tumeur du volume d'une noix. A la coupe, on voit une cavité de 4 mm. de diamètre contenant une masse brune, et plusieurs cavités plus petites.

Microscopiquement : Tissu conjonctif avec de nombreuses glandes et cavités kystiques, s'avançant en un point jusqu'au contact de la muqueuse vaginale. Ces formations épithéliales sont surtout nombreuses dans la profondeur, vers le Douglas. Epithélium cubique ou cylindrique ; tissu cytogène ; traces d'hémorragies.

Obs. LIII. — Rosenstein. — Cas 1. — Adénome de la paroi vaginale postérieure. — *Gyn. Gesells. Breslau*, 26 novembre 1912.

Femme de 42 ans. Trois enfants (le dernier il y a 16 ans). Depuis un an, hémorragie presque ininterrompue.

A l'examen : Utérus gros. Derrière lui, dans le cul-de-sac vaginal on voit une tumeur grosse comme une noix, dure, bosselée, avec deux petits polypes saignants.

Intervention : Voie vaginale. Hystérectomie avec extirpation de la tumeur aussi loin que possible, sans blesser le rectum.

Suites : 18 mois après, il reste encore une cavité au fond du vagin.

Microscopiquement : Nombreuses cavités glandulaires paraissant développés aux dépens du canal de Wolff, qui se ramifie dans le col. La muqueuse vaginale est effondrée en certains endroits, de sorte que des polypes font saillie.

Obs. LIV. — Rosenstein. — Cas 2. — Loc. cit.

Femme de 33 ans, enceinte de 3 mois.

En arrière et à gauche de l'utérus, on sent une tumeur grosse comme une petite prune.

Biopsie : Dans un stroma décidual on voit de nombreuses cavités recouvertes les unes d'endothélium, les autres d'épithélium cubique.

Obs. LV. — Lockyer. — Cas 1. — Saillie mamelonnée du dôme vaginal. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, 1913.

Saillie mamelonnée du cul-de-sac postérieur, recouverte par une muqueuse vaginale non ulcérée. La tumeur adhère au col du côté droit et descend plus bas que l'orifice externe du col. Pas de saillie rectale. Abstention.

Obs. LVI. — Lockyer. — Cas 2. — Adénomyomes des parois recto-utérine et recto-vaginale. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, 1913.

Femme de 35 ans, mariée, sans enfant. Menstruations régulières, mais très abondantes depuis 12 mois. Douleurs rectales et défécation pénible, mais pas d'hémorragie anale.

Dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur fixée à la partie supra-vaginale du col, et faisant saillie dans le rectum dont la muqueuse est normale. La partie supérieure de la paroi postérieure du vagin présente des rides et des varicosités bleuâtres.

Intervention : Laparotomie. Le corps utérin et les annexes sont normales. La tumeur, qui est extra-péritonéale, est fixée entre rectum et utérus. Dissection des deux uretères (le gauche est complètement englobé par la tumeur). Hystérectomie totale avec résection annulaire d'un segment rectal. Fermeture du bout inférieur. Anus iliaque gauche. Drainage vaginal et abdominal.

Guérison opératoire.

Examen microscopique : Adénomyome à type d'endométriome. Allure histologique bénigne.

Origine probable dans des vestiges du canal de Wolff.

Obs. LVII. — Wilson. — Cas 1. — Adénomyome recto-vaginal, in Lockyer. — *Fibroïds and Allied Tumours* (d'après le résumé de Michon et Comte).

Femme de 42 ans. 12 enfants, une fausse couche. Cautérisation d'un ovaire kystique par voie vaginale. Ménorragies et dysménorrhée douloureuse.

A l'examen, on sent un nodule rétro-cervical mal limité. Dans le cul-de-sac postérieur des formations papillaires et des kystes bleus.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Amputation supra-vaginale du col avec ablation du nodule. Plaie opératoire du rectum ; suture.

Dans la tumeur on trouve un fil de soie.

Suites : Persistance des ménorragies. On fait une hystérectomie. Guérison qui se maintient 9 ans après.

Obs. LVIII. — Wilson. — Cas 2. — Adénomyome du ligament utéro-sacré gauche. — Loc cit. (d'après le résumé de Michon et Comte).

Femme de 36 ans. Douleurs iliaques gauches ; hydrorrhée. Nodule dur et fixé au ligament utéro-sacré gauche.

Diagnostic : Paramétrite postérieure.

Intervention : On trouve un adénomyome infiltrant le ligament utéro-sacré gauche et attirant le rectum. L'ablation nécessite la dissection dans la paroi rectale.

Suites : Guérison confirmée un an après.

Obs. LIX. — Wilson. — Cas 3. — Adénomyome recto-vaginal. — Loc cit. (d'après le résumé de Michon et Comte).

Femme de 43 ans. Pas de grossesse. Douleurs menstruelles, ménorragies.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie. Adhérence du côlon descendant et du rectum à la face postérieure de l'utérus. Deux nodules adénomyomateux contenant de petits kystes adhérents au vagin. Fibrome sous-muqueux. Hystérectomie.

Obs. LX. — Clifford White. — Cas 1. — *Proc. of Roy. Soc. of Med.*, 1913.

Femme de 36 ans. Pas d'enfant. 1 fausse couche. Douleurs pelviennes et ménorragies.

A l'examen on sent dans la paroi recto-vaginale, au dessous de la lèvre postérieure du col, une masse dure, du volume d'une mandarine. Les tissus périrectaux présentent une infiltration noduleuse qui s'étend jusqu'à la paroi pelvienne.

Diagnostic clinique : Tumeur maligne.

Biopsie : Glandes limitées par un épithélium simple reposant sur une membrane basale nette. Tissu fibreux et musculaire contenant un tissu lymphoïde abondant. Diagnostic : adénomyome.

Comme la malade est en bonne santé on la garde en observation.

Obs. LXI. — Clifford White. — Cas 2. — *Proc. of Roy. Soc. of Med.*, 1913.

Dysménorrhée douloureuse et ménorragies. Défécation douloureuse. A l'examen on perçoit dans la cloison recto-vaginale une tumeur grosse comme un œuf de poule, adhérente au vagin. La muqueuse rectale est mobile.

Biopsie : adénomyome. Pas de trace de malignité.

Pas d'intervention.

Trois mois après la muqueuse rectale paraît envahie.

Obs. LXII. — Bortkiewitsch. — *Arch. für Gyn.*, 1913.

Dans le cul-de-sac postérieur du vagin petite tumeur composée de deux petits fragments de 2 cm3 de volume. Ablation.

Macroscopiquement : l'un des fragments est en grande partie tapissé de tissu dur, blanchâtre, recouvrant une masse arrondie d'aspect kystique, grisâtre, de la grosseur d'un grain de chanvre. A la coupe cette masse montre un contenu jaune-verdâtre.

L'autre fragment présente une surface grise, rugueuse, granuleuse.

Microscopiquement : la coupe du premier fragment montre la couche utérine de la paroi vaginale très épaissie.

Sur les coupes du second fragment on trouve les couches externes de cette paroi, le tissu intermédiaire recto-vaginal et les deux couches musculaires du rectum.

L'épithélium vaginal est intact, mais présente des signes d'inflammation chronique (infiltration microcellulaire).

La masse arrondie signalée plus haut est un kyste tapissé d'un épithélium aplati stratifié.

Dans la néoplasie recto-vaginale on trouve des faisceaux musculaires lisses qui s'entrelacent et s'étendent profondément jusqu'au tissu intermédiaire para-rectal et même jusqu'au rectum. Au sein de ce tissu on reconnaît des lumières glandulaires arrondies ou elliptiques tapissées d'un épithélium cylindrique bas. Le pourtour des cavités glandulaires est infiltré de cellules rondes.

On ne trouve aucune connexion entre les glandes et l'épithélium vaginal, sauf pour un seul petit kyste, mais celui-ci est très spécial, car il est tapissé d'un épithélium aplati stratifié.

Dans l'interstice des faisceaux musculaires on trouve des hémorragies, des pigments ferrugineux et des signes d'inflammation chronique (vaisseaux dilatés, foyers d'infiltration microcellulaire).

En résumé : Adénomyome du cul-de-sac postérieur du vagin, tumeur diffuse composée de faisceaux musculaires lisses, entrelacés, et dans lesquels sont dispersées des cavités glandulaires tapissées d'un épithélium cylindrique bas, provenant vraisemblablement de débris des canaux de Müller. Symptomes très nets d'inflammation chronique.

Obs. LXIII. — Balassanian. — Adénomyome recto-cervical. — *Thèse de Munich*, 1913.

Femme de 35 ans. Ménorragies abondantes et dysménorrhée

douloureuse. Douleurs rénales irradiant dans les jambes. Sensibilité du vas-ventre à la pression. Constipation.

Intervention : Laparotomie. Utérus myomateux gros comme le poing. De la paroi postérieure du col partent des cordons épais qui gagnent le rectum. Hystérectomie totale en laissant l'ovaire gauche. On ne parvient pas à enlever toutes les masses recto-cervicales ; on renonce pourtant à une résection du rectum. Péritonisation imparfaite. Drainage vaginal.

Suites : Sortie guérie le 27e jour.

Examen de la pièce : Gros utérus avec myomes interstitiels. A la partie inférieure de la paroi utérine postérieure le revêtement péritonéal a disparu et est remplacé par des adhérences brun-chocolat ; on voit même à ce niveau des orifices de canaux glandulaires.

Microscopiquement : La tumeur recto-cervicale est composée de tissu musculaire où sont disséminés des tubes glandulaires et cavités kystiques. Epithélium cylindrique haut ou cubique, entouré de tissu cytogène, qui est un tissu conjonctif lâche, riche en petites cellules rondes, ovales ou fusiformes. Ces cellules ont un contour protoplasmique impossible à distinguer, et des noyaux bien colorables. Dans le tissu cytogène on trouve encore des pigments bruns, leucocytes et globules rouges. On rencontre du tissu cytogène non seulement autour des tubes épithéliaux, mais aussi disséminé isolément. Dans les cavités kystiques, hémorragies récentes ou anciennes.

Sur une coupe intéressant la séreuse, on voit que l'endothélium est devenu cubique ou cylindrique bas, et envoie des prolongements profondément dans la sous-séreuse. C'est dans les zones où la surface séreuse est plus inégale et envoie le plus de prolongements, que se trouvent, dans la tumeur, les canaux glandulaires et kystes les plus nombreux. On trouve ainsi dans la sous-séreuse des canaux ramifiés qui sont reliés à la séreuse par une mince bandelette, et d'autres qui se sont entièrement séparés. Plus loin on voit des canaux et kystes isolés entourés d'une mince couche de stroma cytogène.

Obs. LXIV. — Raspini. — Adénomyomatose de l'utérus et du rectum. — *Gynecologia*, 1913, IX.

Femme de 36 ans. Une fausse couche. Se plaint de douleurs pelviennes. A l'examen on trouve une masse fixée entre l'utérus et le rectum. Le rectum lui-même est normal ; rien aux annexes.

Diagnostic : Cancer de l'espace recto-vaginal.

Intervention : Hystérectomie avec ablation de la tumeur.

Microscopiquement Image typique ; nombreuses cavités limitées par un épithélium cylindrique. Origine probablement inflammatoire (pelvipéritonite chronique).

Obs. LXV. — Cullen. — Cas 1. — Myomes de l'utérus et adénomyome cervico-rectal. — *Journ. of Am. Med. Assoc.*, mars 1914.

Femme présentant une rétroversion utérine adhérente et plusieurs petits polypes dans le rectum.

Intervention : Ablation au thermocautère de 5 ou 6 polypes de la paroi rectale antérieure.

Puis laparotomie. Rectum adhérent au col. Du côté gauche, kyste du corps jaune, qui a été certainement rompu antérieurement, car les tissus environnant sont de couleur brun-noirâtre. Hystérectomie totale avec ablation des annexes. Dans le plancher pelvien, du côté gauche, entre vagin et rectum, on enlève deux myomes. L'un a 1 cm. de diamètre. L'autre, bilobé, a 4 ou 5 cm. de diamètre.

Suites opératoires : Guérison. Malade revue sept mois plus tard, en très bon état, mais avec des signes cliniques et radiologiques de lithiase rénale.

Examen des pièces : Les polypes rectaux présentent des signes inflammatoires très marqués. Leur stroma contient une grande quantité de cellules rondes. Leur surface est infiltrée de nombreux leucocytes à noyaux polymorphes.

L'utérus est un peu gros, parsemé de petits fibromes sous-séreux, et présente une endométrite nette.

Le nodule cervico-rectal le plus volumineux est composé de tissu myomateux typique, mais en un point dans une fente, il y a des îlots de muqueuse utérine, et en un autre point une cavité utérine en miniature.

Le plus petit nodule contient un ou deux espaces d'aspect glandulaire.

Obs. LXVI. — Cullen. — Cas 2. — Adnomyome du ligament large gauche, adhérent au rectum. — *Journ. of. Am. Méd. Assoc.*, mars 1914.

Femme de 37 ans qui a subi, deux ans auparavant, une hystérectomie subtotale pour utérus myomateux et ovaires augmentés de volume. Au cours de cette intervention, des adhérences recto-utérines ont obligé à une excision de la paroi rectale. Convalescence troublée par une obstruction intestinale.

Depuis l'opération elle a de violentes douleurs dans le bas-ventre, et perd du sang presque continuellement.

A l'examen : Epaississement rétro-cervical, avec induration des deux ligaments larges. Dilatation et curettage qui ne ramènent que des fragments de muqueuse utérine normale.

Avant d'opérer on essaie en vain de remonter la malade qui reste très faible.

Intervention : Laparotomie. Rectum adhérent à la vessie. Ligament large gauche empli par une masse kystique. On ouvre le ligament large, et on extirpe cette masse, mais incomplètement, car elle adhère fortement au rectum, et l'état précaire de la malade oblige à terminer rapidement l'opération. Un drain abdominal dans le ligament large.

Examen de la pièce : La masse enlevée montre à la coupe une cavité irrégulière de 2 cm. 5 de diamètre, limitée par

une membrane lisse, brunâtre, et contenant un liquide couleur chocolat. La périphérie de la tumeur paraît être musculaire.

Microscopiquement : Le kyste est limité par une couche d'épithélium cylindrique reposant sur un stroma de cellules à noyaux ovales. La portion solide de la tumeur est composée de fibres musculaires lisses à disposition rayonnée, parmi lesquelles sont disséminées des glandes entourées de leur stroma, et même de véritables cavités utérines en miniature.

Suites opératoires : Affaiblissement progressif et mort une dizaine de jours après l'intervention.

Obs. LXVII. — Cullen. — Cas 3. — Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Surgery Gyn. and. Obst.*, 1915.

Femme de 30 ans, vue en octobre 1914. Il y a huit ans on a déjà pratiqué une ablation des annexes gauches, résection partielle de l'ovaire droit et appendicectomie. Actuellement, se plaint de douleurs insupportables au moment des règles. En outre, depuis 2 ou 3 mois, elle a environ 6 selles par jour, de coloration normale. Bon état général.

Intervention : Libération d'adhérences. Dissection des deux uretères. Le col est tellement adhérent au rectum qu'on doit couper entre eux un tissu ferme comme du cartilage. Hystérectomie totale difficile. On trouve alors que le rectum est presque complètement obstrué et partiellement dépéritonisé. Extirpation abdomino-périnéale avec abaissement du bout supérieur au périné.

Mort 7 heures après l'intervention.

Examen des pièces : Une tumeur recto-cervicale de 3 cm. sur 2 cm., de structure très dense, faisait saillie dans la lumière rectale. La muqueuse rectale est normale. En certains points le tissu musculaire de la tumeur se continue avec la musculature rectale. En d'autres, on trouve des lobules graisseux entourés de fibres lisses.

Tumeur diffuse avec îlots de muqueuse utérine : épithélium cylindrique entouré du stroma typique. Par places, véritables cavités utérines en miniature.

Donc adénomyome né du col ou à son voisinage immédiat, et ayant envahi secondairement le rectum en respectant sa muqueuse, mais rétrécissant considérablement sa lumière.

Obs. LXVIII. — Cullen. — Cas 4. — Adénomyome recto-vaginal ayant envahi le ligament large droit. — *Journ. Am. Med. Assoc.*, 1916, LXVII.

Femme de 43 ans, sans enfant. Depuis 3 ans, elle souffre de constipation, pesanteur rectale et douleurs pelviennes violentes pendant 4 ou 5 jours après les règles. Les douleurs irradient parfois à la jambe droite. Pas de douleur à la défécation ; pas de sang dans les selles. Deux fois ses règles ont été très abondantes et se sont prolongées pendant 8 ou 10 jours.

Un examen pratiqué il y a 3 ans avait révélé une petite tumeur recto-vaginale, un peu à droite de la ligne médiane. On percevait mieux cette masse par le toucher rectal que par le toucher vaginal. La muqueuse du cul-de-sac vaginal droit était ridée et bleuâtre.

Ablation des deux tiers de la tumeur par voie vaginale. On pense à une tumeur maligne.

Actuellement l'examen montre un utérus de volume normal, en rétroversion légère. Dans le cul-de-sac vaginal droit on sent une masse dure, de 2 cm. sur 3 cm. environ, adhérente à la paroi pelvienne latérale.

Intervention : Laparotomie. Hystérectomie totale en laissant les annexes. Dissection de l'uretère droit. Après ablation de l'utérus on décolle le rectum du vagin sur plusieurs centimètres. Puis, extirpation de la tumeur qui adhère au rectum, à paroi vaginale postérieure et à la paroi pelvienne latérale. Drainage vaginal.

Microscopiquement : Tumeur composée de faisceaux musculaires lisses, tissu fibreux, et un peu de tissu graisseux. Eléments de muqueuse utérine disséminés dans la tumeur. Quelques glandes sont au contact direct du muscle. Quelques autres sont entourées du stroma caractéristique. L'épithélium est cylindrique simple. Quelques hémorragies dans le stroma. Çà et là dans la tumeur des masses de pigments jaune-brun.

A la périphérie de la tumeur le tissu adipeux du ligament large a été graduellement remplacé par de petites cellules rondes et on trouve des cellules graisseuses vacuolaires disséminées dans un amas de cellules rondes. En d'autres points, le tissu est entièrement remplacé par le tissu conjonctif, et çà et là, muscle et tissu conjonctif ont enveloppé et comprimé des filets nerveux (d'où les douleurs accusées par la malade).

Obs. LXIX. — Cullen. — Cas 5. — Adénomyome recto-vaginal. — *Journ. Am. Méd. Assoc.*, 1916, LXVII.

Femme de 38 ans se plaignant de douleurs pelviennes et rectales, qui ont commencé il y a plusieurs mois, et qui, augmentant depuis 3 mois, ont obligé la patiente à garder le lit ces trois dernières semaines. Ménorragies. Règles très douloureuses.

A l'examen, on sent, par le toucher vaginal et surtout par le toucher rectal, une masse rétro-utérine irrégulière de 5 à 6 cm. de diamètre.

1re *intervention* : Laparotomie. Ablation d'un petit myome du fond utérin. Col et rectum sont unis par une masse d'aspect inflammatoire qui a envahi en arrière le ligament utéro-sacré gauche. La paroi rectale paraît épaissie. La malade tenant à une opération conservatrice, on se contente de séparer le rectum de l'utérus. Drainage vaginal.

2e *intervention* : Quelque temps après, car la malade présente de nouveau de terribles douleurs rectales au moment des règles. Nouvelle dissection de l'espace recto-vaginal.

3e *intervention* : Huit mois plus tard. Dilatation et curettage.

4e *intervention* : La patiente ayant encore présenté, pendant un an, des douleurs menstruelles. Hystérectomie subtotale en laissant les annexes gauches.

5e *intervention* après une attente de 10 mois. Laparotomie, ablation de la tumeur avec résection segmentaire du rectum. Le bout supérieur est attiré en bas et fixé à la marge de l'anus. Mort de choc opératoire.

Microscopiquement : Tissu fibreux et musculaire lisse, avec îlots de muqueuse utérine. Quelques glandes. Stroma très abondant. Epithélium hyperplasique. Les glandes ont envahi la paroi rectale, *et en certains points elles sont au contact direct des glandes rectales.*

Obs. LXX. — Cullen. — Cas 6. — Adénomyome de la cloison recto-vaginale avec endométrite hyperplasique et polypeuse, et adénomyome de la paroi utérine.

Femme de 43 ans. Réglée à 15 ans. Menstruations parfaites jusqu'à son premier accouchement, à l'âge de 25 ans.

Depuis cette époque, à chaque période menstruelle, elle souffre dans la partie droite de l'abdomen. Ces douleurs ont augmenté progressivement et sont devenues très violentes depuis 2 ou 3 ans. En outre, ses pertes menstruelles sont devenues irrégulières, durent de 5 à 15 jours, et ne sont souvent séparées que par un intervalle de quelques jours. Leucorrhée légère.

A l'examen, on trouve un utérus un peu gros, et, juste derrière le col, une zone froncée et épaissie d'environ 1 cm. de diamètre.

Diagnostic : Adénomyome de la cloison recto-vaginale.

Opération le 20 septembre 1916. Dilatation et curettage. On ramène un tissu qui, examiné extemporanément, montre une hyperplasie de la muqueuse utérine.

Laparotomie sous-ombilicale : On voit juste derrière le col une zone plissée de péritoine ayant une forme étoilée. Dissection des uretères. Hystérectomie totale en enlevant en outre la zone plissée du péritoine. On laisse les annexes. Un drain dans le vagin.

Suites opératoires : Guérison opératoire. Quatre semaines après son départ, la malade perd du sang rouge par l'anus. Cette hémorragie se répète en décembre 1916, mars et avril 1917, puis en juillet 1917. A ce moment l'examen rectoscopique montre une muqueuse normale. La patiente raconte d'ailleurs qu'elle a déjà eu une hémorragie anale il y a 4 ans. On pense que le sang vient de la partie sus-jacente de l'intestin.

Examen de la pièce : Utérus long de 10 cm., lisse et régulier. Sa cavité est, malgré le curettage, rempli aux trois quarts par une tumeur polypeuse fibreuse de 1 cm. 5 d'épaisseur.

En arrière du col on reconnaît la zone plissée large de 1 cm. très ferme à la palpation.

Examen microscopique : La muqueuse utérine a une surface épithéliale intacte. Elle présente des formations polypeuses anormalement abondantes, et a d'autre part une tendance marquée à pénétrer le muscle sous-jacent. En d'autres termes, il y a sans aucun doute un début d'adénomyome.

La tumeur polypeuse provient de la muqueuse utérine. Les glandes y sont de grandes dimensions, tortueuses et bordées par un épithélium épaissi. Dans le stroma, on trouve çà et là des éléments cellulaires. L'aspect est celui d'une hyperplasie typique de l'endomètre.

La zone plissée de la face postérieure du col est formée de tissu myomateux et de glandes tortueuses. Celles-ci sont limitées par un épithélium cylindrique disposé sur une ou plusieurs rangées. Elles sont parfois dilatées et sont en plusieurs endroits séparées du tissu musculaire par un stroma ressemblant en tous points à celui de la muqueuse utérine. Quelques cavités glandulaires montrent une hémorragie récente.

On a donc l'aspect typique d'un adénomyome de la cloison recto-vaginale.

Obs. LXXI. — Cullen. — Cas 7. — Adénomyome de la cloison recto-vaginale comprimant les deux uretères. Extension de la tumeur à la paroi vaginale.

Femme de 25 ans qui, pendant ses règles, est prise de violentes douleurs rectales irradiant à la cuisse et au genou gauche. Ces accidents se reproduisent ensuite à chaque période menstruelle et s'accompagnent de ménorragies. L'écoulement cataménial, très abondant, dure 12 à 13 jours. Les douleurs rectales commencent le quatrième jour et persistent pendant plusieurs jours après la fin des règles.

1re opération le 13 août 1914. Dilatation et curettage, puis laparotomie sous-ombilicale. Destruction de quelques adhérences de l'intestin avec la paroi pelvienne. L'ovaire gauche présente un kyste gros comme une orange, empli de sang altéré. Un peu de sang dans la cavité péritonéale.

Ablation de l'appendice et des annexes gauches. Un drain abdominal.

Suites opératoires : Légère amélioration pendant trois mois. En février 1915 l'*ablation de deux petits polypes* fixés à la paroi postérieure du vagin n'amène aucun soulagement. Récidive des polypes. Outre ses ménorragies, la malade accuse un léger saignement vaginal entre ses règles.

En février 1916 : L'examen montre sur la paroi vaginale postérieure, à 1 cm. au-dessous du col, plusieurs petits polypes mous, friables, saignant au simple contact, et ne présentant aucune connexion avec le col. Induration et épaississement du tissu sous-jacent, jusque dans la base de chaque ligament large (mieux perçu au toucher rectal). La muqueuse rectale glisse parfaitement sur la tumeur.

Ablation des polypes à la curette. Cautérisation et tampon-

nement. Hémorragie profuse les 5e et 7e jours. Sortie le 14e jour.

En août 1916 : La masse indurée a augmenté de volume et paraît maintenant fixée à la portion supra-vaginale du col. Ablation facile au doigt d'un nouveau polype.

Examen histologique des polypes : Surface recouverte par un épithélium stratifié semblable à celui de la muqueuse vaginale, mais ulcéré en certains points (tissu de granulation typique).

Au-dessous, un stroma de tissu conjonctif assez dense. Plus profondément, de nombreuses glandes, les unes grandes, emplies de sang, les autres plus petites. Leur aspect est celui des glandes du corps utérin lorsqu'il y a hyperplasie glandulaire. En certains points les cellules du stroma sont énormes et rappellent par leur enlacement les grandes cellules d'un sarcome au début. Ça et là on voit des zones de pigment jaune ou brun, reliquat certain d'hémorragies anciennes.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

En novembre 1916 : Malade fragile et anémique. Aucun trouble dans l'intervalle des règles, mais à chaque période menstruelle la malade accuse des douleurs rectales très violentes, sans hémorragie intestinale ni troubles de la défécation, une légère dysurie avec pollakyurie, enfin des douleurs lombaires bilatérales.

A l'examen : Utérus un peu gros et assez fixé. Cul-de-sac postérieur épaissi, dur, et portant plusieurs polypes pointus ou arrondis. Quelques-uns d'entre eux sont bleu-foncé ou bleu-noir. Le toucher rectal, très douloureux, montre une paroi antérieure, dure, infiltrée, soudée au col utérin, mais la muqueuse est intacte.

2e *opération* le 18 novembre 1916 : Libération d'adhérences épiploïques et intestinales. Dissection des deux uretères, qui, englobés dans la tumeur, sont dilatés très notablement au-dessus du point de striction et légèrement au-dessous. Décollement de la vessie.

Etant donné l'état précaire de la malade, on respecte la paroi rectale et on se contente d'un décollement recto-vaginal. Ablation de l'utérus avec la trompe droite et 3 cm. de vagin. Une zone de tissu malade de 2 cm. sur 3 cm. est laissée sur la paroi rectale antérieure.

Suture des ligaments larges. Deux drains.

Suites opératoires : La malade est immédiatement soulagée par l'opération. Trois applications de radium font diminuer la tumeur rectale.

On revoit la patiente en juillet 1917 : Très bon état général, mais vomissements à l'occasion des fatigues. Douleurs rectales pendant 5 à 6 jours à l'époque supposée des règles. Aucune douleur rénale depuis l'opération. Au toucher rectal la tumeur a manifestement augmenté. Le toucher ne provoque ni douleur, ni hémorragie.

Examen des pièces : Utérus long de 10 cm., présentant deux petits myomes. Derrière le col font saillie des polypes bleu-noirâtre, soit uniformes, soit mamelonnés.

A la coupe, l'utérus présente des parois d'aspect normal et une muqueuse d'apparence saine.

En arrière du col, intimement unie à lui, se trouve une tumeur constituée de zones alternativement foncées et translucides, qui s'étend du niveau de l'orifice interne jusqu'à 8 mm. de l'orifice externe. C'est de la partie inférieure de la tumeur que naissent les polypes vaginaux.

Histologiquement : La majeure partie de la paroi postérieure du col est nettement altérée, et parsemée d'îlots de muqueuse utérine, reproduisant par places de véritables cavités utérines en miniature.

Plus on approche de la face rectale, plus la muqueuse utérine est abondante.

Ce processus s'est étendu à la paroi vaginale : des îlots de muqueuse utérine typique se trouvent au contact de la muqueuse du vagin, et l'ont même parfois franchie par effraction.

Ces éléments sont tous constitués de glandes tubulées, séparées les unes des autres et du tissu musculaire ou fibreux adjacent par un stroma identique au chorion de la muqueuse utérine.

Les polypes font partie de la tumeur et ont la même constitution.

Il s'agit nettement d'un adénomyome occupant la paroi postérieure du col utérin, qui s'est étendu au rectum et a infiltré la paroi postérieure du vagin.

Obs. LXXII. — Cullen. — Cas 8. — Myomectomie en 1907. Hystérectomie supravaginale en 1915. Ablation du col avec résection partielle du rectum pour adénomyome en 1917.

Femme de 27 ans, vient consulter en août 1907. Bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Pas de grossesse antérieure. Actuellement enceinte de deux mois.

L'examen montre une muqueuse vaginale souple, col mou, utérus gros et tumeur bosselée de la fosse iliaque droite.

Opération : Ablation d'un myome pédiculé.

La grossesse continue son cours ; accouchement à terme.

En juin 1915, *nouvelle opération* pour myome : libération de nombreuses adhérences, ablation de l'utérus avec les deux trompes, l'ovaire gauche et l'appendice.

A la suite de cette intervention, amélioration notable et santé parfaite pendant deux mois, mais la malade est très constipée.

Malgré l'hystérectomie le flux menstruel revient régulièrement un peu en avance chaque mois. Dans le courant de l'année 1916, la malade présente, en outre, quelques petites pertes sanglantes dans l'intervalle des règles, d'abondance et de durée variables. En même temps le sang menstruel change de caractère : il est rouge-sombre et contient du mucus.

L'écoulement menstruel ou intermenstruel vient tantôt par le vagin, tantôt par le rectum et parfois plus par le rectum que par le vagin.

Depuis quelque temps les règles sont de nouveau douloureuses. La malade se plaint, en outre, d'une constipation opiniâtre, mais intermittente. Elle s'atténue parfois ou disparaît au moment des règles. Généralement elle est particulièrement marquée dans les derniers jours de la période menstruelle, et s'accompagne alors d'une douleur aiguë à la défécation.

A l'examen on a trouvé récemment un épaississement notable de la paroi vaginale en arrière du col. Bon état général.

Diagnostic : Adénomyome du septum recto-vaginal.

Opération le 26 mai 1917 : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le sigmoïde est adhérent à la face postérieure du col. Libération des adhérences. Dissection des uretères, décollement de la vessie. Section du vagin à plusieurs centimètres de son insertion utérine. Le col étant adhérent au rectum sur une large surface, on décide de réséquer la paroi antérieure du rectum, mais l'étendue de la zone adhérente oblige ensuite à une résection complète de 12 cm. de rectum. Suture bout à bout en deux plans.

Un drain vaginal dans chaque ligament large. Un drain abdominal.

Malade extrêmement choquée ; l'intervention a duré près de 3 heures.

Suites opératoires : Orageuses pendant une vingtaine de jours : fistules urétéro-vaginale et recto-vaginale. Puis amélioration. Au 26 octobre état favorable.

Examen des pièces : La pièce est composée du col et du rectum intimement unis, et d'une portion de vagin. En arrière de l'insertion cervicale du vagin est une fente longue de 7 mm. d'où s'échappait du sang pendant l'opération. Sur le côté droit du col, petit myome encapsulé. Occupant la paroi postérieure du col, et s'avançant dans les parois rec-

tales antérieures et latérales, est une tumeur diffuse très dure. La paroi rectale intéressée est épaissie et cartonnée.

A la coupe : tumeur diffuse finement striée avec des zones de coloration bleu-noir, surtout abondantes au voisinage du rectum. Une petite cavité irrégulière contient du sang très foncé. La paroi vaginale postérieure est également envahie, et une zone bleu-noir s'ouvre directement dans le vagin. Petit polype muqueux endo-cervical.

Microscopiquement : La cavité irrégulière est limitée par un épithélium cylindrique bas, qui en certains points repose directement sur le tissu fibreux, et en d'autres points en est séparé par une couche de stroma. Sa cavité est emplie de sang. La tumeur recto-cervicale est composée de tissu adénomyomateux typique qui se continue avec le tissu du col sans ligne de démarcation nette. Glandes dispersées entourées du stroma caractéristique et qui, en certains points, s'étendent jusqu'à la muqueuse rectale. Dans la paroi vaginale postérieure un îlot de muqueuse utérine s'ouvre directement dans la cavité vaginale.

Obs. LXXIII. — Cullen. — Cas 9. — Adénomyome du septum recto-vaginal avec formation de polypes dans la cavité vaginale. Double pyosalpinx tuberculeux.

Femme de 28 ans, robuste et colorée, mariée depuis 8 ans, entre à l'hôpital le 17 avril 1917, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre.

Jamais d'enfant ni de fausse couche. Réglée à 11 ans, menstruations régulières et non douloureuses, durant trois jours. Depuis 3 ou 4 ans les règles sont devenues douloureuses.

Elle a vu ses règles le 25 février, et depuis elle a perdu un peu de sang de temps à autre, pendant quelques heures chaque fois. Pas de règles en mars, mais les deux derniers jours a perdu assez abondamment sans interruption.

En février, mictions fréquentes et douloureuses ; actuellement ces troubles ont cessé. Leucocytose : 7.000. Hémoglobine 52 pour 100.

Au toucher vaginal, col normal, mais de mobilité diminuée et provoquant la douleur. En arrière du col on sent une induration très nette du cul-de-sac postérieur et des culs-de sac latéraux.

Au spéculum, le cul-de-sac postérieur présente un aspect mamelonné, dû à de nombreux polypes sessiles, doux et aplatis. Ils sont entièrement recouverts de muqueuse vaginale, mais certains ont un aspect déprimé. Quelques-uns ont une couleur brunâtre qui fait poser sans hésitation de diagnostic d'adénomyome.

Le toucher rectal permet de percevoir entre le col et le rectum un tissu induré et lisse ayant 2 cm. de longueur. La muqueuse rectale est intacte et souple. Au-dessus de la tumeur on sent dans la paroi rectale des granulations pas plus grosses que des petits pois, dures, en grains de plomb.

La rectoscopie montre un aspect normal de la muqueuse.

Opération le 23 avril 1917 : A l'ouverture de l'abdomen on trouve un pyosalpinx double avec orifices abdominaux des trompes largement ouverts. Dans la paroi postérieure de l'utérus, un myome sous-séreux de 1 cm. de diamètre. Derrière le col, à hauteur de l'orifice interne, une masse indurée de 2 cm. 5 de diamètre unit le col et le rectum, dont les parois sont fusionnées. Il est indiscutable qu'on a affaire à un adénomyome recto-vaginal.

Ablation première des annexes. Le pouls devenant très rapide, et redoutant une opération trop shockante, on préfère différer l'hystérectomie large nécessaire.

Suites opératoires : Etat précaire pendant deux ou trois jours, mais rétablissement rapide. La malade sort le 6 mai et doit revenir dans quelques mois.

Examen des pièces : La section des trompes de Fallope montre des lésions tuberculeuses typiques.

Obs. LXXIV. — Cullen. — Cas 10. — Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Arch. of Surg.*, sept. 1920.

Femme de 41 ans. Réglée à 13 ans. Menstruation régulière, durant 7 jours, douloureuse. Pleurésie il y a 2 ans. Se plaint de vives douleurs menstruelles dans le côté droit du bas-ventre. L'état actuel date de 18 mois ; à cette époque, crise douloureuse aiguë dans le bas-ventre, avec irradiation dorsale (au moment des règles). C'est surtout depuis 5 mois que les règles sont devenues atrocement douloureuses.

A l'examen : Juste derrière le col, une zone d'induration de 2 cm. sur 3 cm. Au toucher rectal, la paroi antérieure du rectum paraît infiltrée.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie. Ablation des annexes gauches (kyste lutéinique de l'ovaire). Dissection des uretères, décollement du rectum, hystérectomie totale. Drainage vaginal et abdominal.

Examen de la pièce : Dans le vagin, juste derrière le col, on note un petit kyste bleu-noir. Sur une coupe sagittale, on voit dans la paroi vaginale, derrière le col, une zone épaissie avec des foyers hémorragiques.

Microscopiquement : Au-dessous de la muqueuse vaginale normale, on trouve des faisceaux musculaires entrelacés. Kyste limité par épithélium bas ; il contient du sang altéré et des cellules desquamées. Quelques cellules épithéliales contiennent des pigments jaune-brun. En un point, une languette de muqueuse utérine normale fait saillie dans la cavité kystique (épithélium cylindrique haut, stroma caractéristique contenant une glande utérine).

Des îlots de muqueuse utérine sont disséminés dans le stroma musculaire. Traces d'hémorragies anciennes.

La muqueuse du col et du corps est normale.

Obs. LXXV. — Cullen. — Cas 11. — Adénomyome du septum recto-vaginal.

Femme de 41 ans. 4 enfants. Réglée à 12 ans. Menstruation régulière, durant 6 jours. Douleurs dans le bas-ventre à l'occasion de la marche et de la menstruation.

A l'examen : Corps utérin rétroversé. Petit épaississement rétro-cervical de 1 cm. 5 de diamètre, bien perçu par le toucher rectal.

Intervention : Laparotomie. Dissection des uretères. On trouve une zone ridée et épaissie en arrière du col et à droite, tout près du ligament utéro-sacré. Décollement du rectum. Hystérectomie totale et appendicectomie. Drainage vaginal.

Suites : Convalescence normale. Mort 5 mois après d'occlusion intestinale (volvulus favorisé par des adhérences post-opératoires).

Examen de la pièce : Trois petits myomes du corps. De la paroi cervicale postérieure naît une petite tumeur irrégulière présentant à la coupe de nombreuses zones bleu-noir. Annexes normales.

Microscopiquement : Muqueuse cervicale normale. La tumeur rétro-cervicale est formée de tissu fibreux avec quelques fibres musculaires lisses. Çà et là, on trouve des îlots de muqueuse utérine dont le stroma présente parfois des hémorragies.

Obs. LXXVI. — Cullen. — Cas 12. — Adénomyome du septum recto-vaginal.

Femme de 25 ans, réglée à 13 ans, menstruation régulière. Pas d'enfant. 1 fausse couche il y a 9 ans, suivie de dilatation et curettage. L'année suivante nouveau curettage, ablation des trompes (pyosalpinx double), de l'ovaire gauche (kystique) et de l'appendice.

Depuis cette opération les règles reviennent à intervalles

variant de 15 à 21 jours. Légères douleurs menstruelles, qui s'accentuent depuis un an. Déjà il y a 6 ans on a trouvé dans la paroi vaginale, juste derrière le col, un nodule gros comme une tête d'épingle.

A l'examen : Dans la paroi vaginale, à droite du col, deux petits kystes élastiques, bleuâtres, de 5 mm. le diamètre. La muqueuse vaginale est plissée autour de chacun deux.

Intervention : Voie vaginale. Incision elliptique et ablation en bloc des deux tumeurs.

Guérison opératoire.

Microscopiquement : Les deux kystes sont entourés de faisceaux concentriques de muscle lisse. Epithélium cylindrique simple. Stroma cytogène. Traces d'hémorragies interstitielles. Les kystes contiennent du sang.

Obs. LXXVII. — Cullen. — Cas 13. — Adénomyome du septum recto-vaginal.

Femme de 26 ans, réglée à 13 ans. Menstruation régulière, durant 3 à 4 jours. 1 enfant. Se plaint de douleurs pelviennes et lombaires pendant les règles (crampes).

A l'examen : Femme bien développée. Empâtement du cul-de-sac gauche (prolapsus de l'ovaire probable). Utérus normal. En arrière du col, un nodule de 15 mm. de diamètre, peu sensible ; la paroi rectale lui adhère et est plissée à ce niveau.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie. Adhérence recto-cervicale (zone froncée à ce niveau). Dissection des uretères, libération du rectum, hystérectomie totale en laissant un ovaire, appendicectomie. Drainage vaginal.

Convalescence normale.

Examen de la pièce : Nodule irrégulier de 2 cm. sur 1 cm., inséré à la face postérieure du col, à hauteur de l'orifice interne. Il pénètre le tissu cervical. Kyste lutéinique de l'ovaire droit.

Microscopiquement : Muscle lisse et tissu fibreux. Petits îlots irréguliers de muqueuse utérine. Eléments glandulaires analogues à ceux de la muqueuse du corps utérin.

Obs. LXXVIII. — Cullen. — Cas 14. — Adénomyome extensif du septum recto-vaginal.

Femme de 40 ans. Un enfant de 14 ans, pas de fausse couche. Il y a 7 ans, résection partielle des deux ovaires, libération d'adhérences pelviennes et appendicectomie. Il y a 4 ans, incision de bartholinite.

Actuellement, menstruation régulière, durant 7 jours, extrêmement abondante. Dysménorrhée très sévère, surtout depuis un an : maximum de douleurs la veille des règles, avec nausées, vomissements et violentes douleurs abdominales et lombaires.

A l'examen : Femme délicate. Une grosse masse faisant corps avec l'utérus, et portant en arrière un nodule très dur, monte jusqu'à 4 cm. de l'ombilic. Dans le septum recto-vaginal, à gauche de la ligne médiane, une masse indurée.

Intervention : Laparotomie. Utérus augmenté uniformément de volume. Rectum adhérent à la face postérieure de l'utérus et au ligament large gauche. Adhérences périannexielles gauches.

Décollement du rectum ; hystérectomie subtotale, puis dissection et extirpation très difficile du col. Pendant ces manœuvres, un peu de sang bleu s'échappe du septum recto-vaginal. Impossibilité de faire l'ablation complète de la tumeur. Drainage vaginal.

Suites : Convalescence normale.

Examen de la pièce : Une masse dure occupait la face postérieure de l'utérus, du col, et le septum recto-vaginal.

Microscopiquement : Muqueuse cervicale normale. Adénomyome typique de la face postérieure du col et du corps,

ayant envahi la surface de la trompe droite. Ilots de muqueuse utérine à la surface de l'ovaire droit.

Obs. LXXIX. — Cullen. — Cas 15. — Adénomyome du septum recto-vaginal.

Femme de 36 ans, réglée à 13 ans. Menstruation régulière jusqu'à il y a 6 mois, époque à laquelle elle a perdu trois fois dans le mois. Douleurs menstruelles dans la partie gauche du bas-ventre, céphalée, pas d'hémorragie rectale.

A l'examen : Utérus irrégulier, en rétroversion. Dans le cul-de-sac gauche, masse kystique mobile. Petite masse kystique droite.

Intervention : Laparotomie. Kystes des deux ovaires contenant du liquide chocolat. Résection du kyste droit en laissant un fragment d'ovaire, ablation des annexes gauches.

On trouve une petite masse adhérente entre col et rectum. Dissection des uretères, hytérectomie totale en laissant une petite portion de tissu adhérent au rectum. Appendicectomie. Drainage vaginal.

Suites : Convalescence normale.

Examen de la pièce : La face postérieure du col porte une petite saillie qui empiète sur la paroi vaginale postérieure et qui, à la coupe, a un aspect brun noir.

Microscopiquement : Glandes cervicales normales ; la muqueuse du corps présente une légère infiltration micro-cellulaire.

La tumeur rétro-cervicale est composée de tissu fibreux et de muscle lisse, avec de petits îlots de muqueuse utérine dont le stroma présente de nombreuses traces d'hémorragies. Çà et là une glande utérine est au contact direct du muscle.

Obs. LXXX. — Cullen. — Cas 16. — Adénomyome du septum recto-vaginal. Multiples petits myomes utérins.

Femme de 36 ans, réglée à 14 ans. Il y a 12 ans, ablation de quelques fibromes, d'un ovaire et résection partielle de l'autre ovaire. Menstruation régulière durant 6 à 7 jours. Autrefois, la malade souffrait les deux premiers jours des règles, maintenant les douleurs durent pendant toute la période, obligeant la patiente à garder le lit.

A l'examen : Nodule de 1 cm. de diamètre, juste derrière le col. Empâtement du côté gauche.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal. Adhérences.

Intervention : Laparotomie. Adhérences épiploïques. Ovaire droit adhérent au pelvis. Adhérence recto-cervicale. Hystérectomie subtotale totalisée. Dissection de l'uretère droit. Appendicectomie. Drainage vaginal.

Suites : Convalescence normale.

Examen de la pièce : Multiples petits myomes utérins. Sur le côté gauche du col l'un d'eux est inclus dans le ligament large. La face postérieure du col porte une saillie dure de 1 cm. de diamètre, contenant des zones chocolat.

Histologiquement : Muqueuse cervicale normale.

La tumeur rétro-cervicale est formée de tissu musculaire lisse et tissu fibreux, faisant graduellement place à la périphérie à du tissu adipeux. Çà et là des glandes utérines, la plupart au contact direct du muscle.

Obs. LXXXI. — Cullen. — Cas 17. — Adénomyome du septum recto-vaginal.

Femme de 36 ans. Un enfant de 19 ans. Appendicectomie il y a 2 ans. Depuis 4 mois a eu huit crises de colique hépatique. Se plaint, en outre, de douleurs dans la partie gauche du bas-ventre.

A l'examen : Utérus de volume normal. Derrière le col et

un peu à gauche, on sent un nodule sphérique de 1 cm. 5 de diamètre, fixé au col, et faisant saillie au niveau de la muqueuse vaginale sous forme de deux kystes bleuâtres de 2 mm. de diamètre.

Par le toucher rectal on explore mieux encore le nodule, qui est tout contre la muqueuse, sans lui adhérer.

Diagnostic : Adénomyome. Lithiase biliaire.

Intervention : Ablation des calculs et drainage de la vésicule. Pas d'intervention sur l'adénomyome.

Suites : Quelques semaines plus tard un abcès pelvien s'ouvre spontanément dans le vagin. Il sera nécessaire d'enlever l'adénomyome ultérieurement.

Obs. LXXXII. — Cullen. — Cas 18. — Adénomyome du septum recto-vaginal. Petit adénomyome du ligament large droit, comprimant l'uretère.

Femme de 42 ans. Douleur constante depuis 10 ans dans la partie gauche du bas-ventre, devenue très sévère ces quatre dernières années.

A l'examen on trouve une petite masse kystique dans le cul-de-sac gauche.

Intervention : Laparotomie. Kyste lutéinique gauche de 4 cm. de diamètre. Rectum adhérent à la face postérieure du col ; le tissu à ce niveau a une teinte rouille. Hystérectomie totale. Décollement recto-vaginal difficile. Extirpation de la tumeur recto-vaginale qui s'étend dans le ligament large droit. On trouve assez loin, dans le ligament large droit, un nodule de 1 cm. de diamètre, comprimant l'uretère. On dissèque ce dernier et on enlève le nodule. Drainage vaginal.

Examen de la pièce : Deux petits myomes du fond utérin. Un épaississement nodulaire fait saillie à la face postérieure du col. Kyste du corps jaune de l'ovaire gauche.

Microscopiquement : Muqueuse cervicale polypeuse. Quelques glandes sont dilatées.

La tumeur rétro-cervicale, composée de tissu fibreux et musculaire lisse, comprend de petites zones de muqueuse utérine. Quelques-unes contiennent des glandes entourées du stroma caractéristique. Çà et là des glandes dilatées.

Le nodule du ligament large est constitué en majeure partie de tissu adipeux. La partie périphérique est formée de muscle lisse et de tissu fibreux, contenant des glandes utérines isolées ou groupées. Les glandes isolées sont au contact direct du muscle. Les groupes glandulaires sont entourés du stroma cytogène présentant des traces d'hémorragies.

Obs. LXXXIII. — Cullen. — Cas 19. — Adénomyome du septum recto-vaginal. Adénomyome indépendant du sigmoïde, rétrécissant fortement la lumière intestinale.

Femme de 26 ans, réglée à 13 ans. Ses règles revenaient toutes les trois semaines et duraient 10 à 15 jours. A la suite d'un curettage fait à 16 ans, les règles sont améliorées et durent 3 à 4 jours.

Actuellement, douleurs menstruelles dans le bas-ventre, commençant la veille des règles. Digestions difficiles. Constipation. Spasmes intestinaux. A eu des hémorragies intestinales.

A l'examen : Utérus normal. En arrière du col et plaquée contre lui, on sent une masse lobulée. La muqueuse du cul-de-sac postérieur est mamelonnée et porte des saillies kystiques, dont une ou deux sont bleu-noir. Tuberculose pulmonaire du sommet gauche.

Intervention : Voie vagino-abdominale. D'abord incision en arrière du col pour désinsérer le vagin et incision de la muqueuse vaginale près de la tumeur, en libérant celle-ci le plus possible.

Puis, laparotomie : dissection de l'uretère droit. Hystérectomie avec ablation de la tumeur. On remarque alors une

sténose du sigmoïde à 15 cm. au-dessus. On libère largement le sigmoïde, et on l'enfonce dans la cavité pelvienne, en position extra-péritonéale, projetant de faire ultérieurement une résection par voie vaginale.

Suites : Mort le 4e jour.

Microscopiquement : La tumeur recto-vaginale et la tumeur sigmoïdienne sont toutes deux des adénomyomes typiques.

Obs. LXXXIV. — Cullen. — Adénomyome du ligament utéro-sacré. — *Amer. Journ. of Obst.*, août 1919, et *Archives of Surg.*, sept. 1920.

Femme de 36 ans, réglée à 15 ans. Depuis un an, ses règles ont de temps en temps une semaine d'avance, et la malade accuse des douleurs le deuxième jour de l'écoulement menstruel.

A l'examen on ne sent aucun épaississement péri-utérin.

Intervention : Laparotomie. Corps utérin adhérent au rectum. Libération d'adhérences annexielles. Pas de kyste ovarien. Dans le ligament utéro-sacré gauche, à petite distance de l'utérus, est un épaississement de 15 mm. de diamètre. Dissection de l'uretère gauche, ablation du nodule, hystéropexie, appendicectomie.

Suites : Revue deux ans après, en bon état.

Microscopiquement : Adénomyome typique.

Obs. LXXXV. — W. Russel. — Adénomyome du ligament utéro-sacré. — Cité par Cullen, in *Amer. Journ. of Obst.*, août 1919.

Ablation d'un nodule gros comme un pois, situé dans le ligament utéro-sacré. Histologiquement, ce nodule montra la structure typique de l'adénomyome.

Obs. LXXXVI. — Brown Miller. — Adénomyome recto-vaginal avec adénomyome secondaire du sigmoïde, in Cullen. — *Arch. of Surgery*, sept. 1920, p. 276.

Femme de 36 ans. Pas d'enfant. Ménorragies ; douleurs pelviennes et douleurs à la défécation. Jamais d'hémorragie intestinale.

A l'examen : Utérus gros en rétroversion. Col gros et dur, donnant issue à un petit polype. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur nodulaire dure, irrégulière, adhérente au col, au rectum, et au ligament large, du volume d'une noix. Au spéculum, on voit de petits kystes vaginaux bleuâtres, du volume d'une tête d'épingle. Le toucher rectal montre que la muqueuse rectale adhère à la tumeur.

Diagnostic : Adénomyome du septum recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie. A l'union du rectum et du sigmoïde, on trouve une masse du volume d'un gros citron, encerclant l'intestin. On ne tente rien sur elle. Hystérectomie totale difficile. En séparant la tumeur du rectum on ouvre celui-ci ; suture.

Suites : Mort le 8e jour de péritonite.

Obs. LXXXVII. — J. Wilson. — Adénomyome recto-vaginal, in Cullen. — *Arch. of. Surg.*, sept. 1920.

Femme de 30 ans. Lumbago. Les dernières règles ont été accompagnées de douleurs abdominales droites.

A l'examen : Utérus normal. Ovaire droit sensible. Tout contre l'utérus, dans le paramètre, un nodule particulièrement dur et douloureux.

1re intervention : Laparotomie. Ovaire droit gros et foncé. Le nodule qu'on a perçu est dans le ligament large droit, un peu au-dessus du vagin. On ne peut l'enlever par voie abdominale. Ablation de l'ovaire.

Suites : Pendant 3 mois, atténuation des symptômes, puis

menstruation très douloureuse, avec irradiation dans les cuisses. On trouve alors que le nodule a augmenté de volume, et qu'il en existe maintenant un second dans le septum recto-vaginal, facilement perceptible par le toucher rectal.

2e *intervention* : Voie vaginale. Ablation des deux tumeurs.

Microscopiquement : Adénocarcinome d'un type inusuel. Mais, plus tard, on redresse le diagnostic : Adénomyome.

Suites : Récidive. Grosse masse pelvienne. Menstruation très irrégulière, état général extrêmement précaire.

Obs. LXXXVIII. — Teeter et Ullman. — Adénomyome du septum recto-vaginal, in Cullen, *Arch. of Surg.*, sept. 1920, p. 254.

Femme de 46 ans. Réglée à 13 ans. Menstruation régulière durant 7 à 9 jours. Il y a un an est restée 3 mois sans voir. Puis ménorragies. Actuellement perd du sang depuis 9 semaines. Se sent lasse et souffrante de partout. Douleurs dans la partie gauche du bas-ventre depuis 3 jours.

A l'examen : Utérus fixé, de volume normal. Juste en arrière du col, dans la paroi vaginale, est une tumeur dure, qui fronce la muqueuse vaginale et adhère solidement au rectum, sans envahir la muqueuse.

Diagnostic : Adénomyome du septum recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie, hystérectomie totale.

Suites : Convalescence normale.

Examen de la pièce : Petit myome du fond. Une tumeur irrégulière de 4 cm. 5 sur 2 cm. 5 fait saillie à la face postérieure du col et envahit la paroi vaginale postérieure. A ce niveau, 5 ou 6 zones brun-foncé, de 1 à 2 mm. de diamètre. A la coupe, on voit quelques cavités kystiques à contenu jaune-brun.

Microscopiquement : Contre la muqueuse vaginale normale

le stroma contient des glandes utérines isolées. Les cavités kystiques contiennent du sang et sont tapissées d'un épithélium cylindrique. Une saillie de stroma cytogène s'avance dans la lumière de l'un des kystes.

La tumeur elle-même est composée de tissu fibreux et de muscle lisse. Çà et là petites zones de tissu adipeux. Glandes isolées ou en groupes, presque toutes entourées du stroma caractéristique. Quelques-unes sont emplies de sang.

Obs. LXXXIX. — Jessup. — Cas 1. — *Journal of Am. Med. Assoc.*, 1914.

Femme de 36 ans, mariée sans enfants, bien réglée jusqu'à 33 ans. Depuis cette époque, menstruations irrégulières, puis progressivement plus abondantes ; douleurs dans le bas-ventre. Léger amaigrissement.

Il y a un an, opérée pour grossesse extra-utérine, avec ablation d'un petit fibrome et appendicectomie.

A l'examen, on trouve un utérus un peu gros, avec une ulcération du col, et, dans le cul-de-sac postérieur, une masse entre utérus et rectum.

Diagnostic : Etat précancéreux de l'utérus avec masse probablement maligne dans le cul-de-sac.

Intervention le 9 janvier 1913. Libération de nombreuses adhérences. Ligature de l'hypogastrique droite. Hystérectomie totale avec ablation de ganglions lymphatiques. Dans le cul-de-sac de Douglas on trouve une zone d'apparence carcinomateuse embrassant la paroi vaginale postérieure, et envahissant en arrière le rectum. L'ablation de cette masse oblige à une résection partielle de la paroi rectale.

Suites opératoires : Guérison qui se maintient depuis un an.

Examen macroscopique : Ovaires augmentés de volume et kystiques. Une portion de paroi rectale adhère à la face pos-

térieure du col, à laquelle elle est fixée par un tissu d'apparence fibreuse.

Microscopiquement : Inflammation chronique du col et des ganglions pelviens. Les coupes de la tumeur montrent que les glandes rectales et le stroma sont normales. Au-dessous, on trouve une zone de muscle lisse englobant des formations glandulaires analogues à celles de la muqueuse utérine, et dont quelques-unes présentent une dilatation kystique. Elles sont limitées par un épithélium cylindrique cilié, et entourées par un stroma de cellules rondes et ovales. Les cavités kystiques contiennent des globules sanguins et des cellules épithéliales flétries.

Obs. XC. — Jessup. Cas 2. — Adénomyome de la cloison recto-vaginale.

Femme de 40 ans. Deux enfants de 13 et 17 ans. Depuis son mariage elle a toujours présenté des douleurs dans la région de l'ovaire gauche, douleurs intermittentes sans aucune relation avec la menstruation. Selles irrégulières jusqu'à il y a trois mois, puis très régulières depuis cette époque. La malade souffre d'hémorroïdes depuis 13 ans, et récemment elle a perdu du sang par l'anus.

A l'examen on constate l'existence d'hémorroïdes externes et internes. Sensibilité de l'appendice. Utérus gros avec col déchiré. Dans le Douglas on sent une masse dure qui commence à adhérer au rectum. Le toucher rectal et la rectoscopie montrent que la muqueuse rectale est intacte, mais saigne facilement au niveau de la tumeur.

Intervention : Laparotomie. Le rectum et l'utérus sont unis par un nodule d'un diamètre d'environ 2 cm., entouré d'un tissu rétracté faisant penser à une formation maligne. Hystérectomie totale, avec ablation des annexes et excision d'une portion de paroi rectale. Appendicectomie.

Examen des pièces : Utérus long de 9 cm., présentant une muqueuse rugueuse. Les ovaires sont gros et kystiques. A la face postérieure de l'utérus est attachée une portion de paroi rectale.

Microscopiquement : Inflammation chronique du col. Peu de lésions inflammatoires des trompes.

Les coupes de la tumeur montrent, sous une muqueuse rectale normale, une excroissance de muscle lisse qui se continue avec la paroi du col, et qui contient des éléments glandulaires. Ceux-ci apparaissent déjà à 2 mm. au-dessous de l'épithélium rectal. Elles sont alors isolées, mais plus profondément elles deviennent très nombreuses et forment un nodule de 15 mm. de diamètre. Elles cessent complètement à 2 cm. de la muqueuse cervicale. Elles sont bordées par un épithélium de type utérin, formé de cellules cylindriques ciliées. Quelques-unes contiennent du sang ou de l'épithélium desquamé. Pas de dilatations kystiques.

Obs. XCI. — A. Leitch. — Cas 1. *Proc. Roy. Soc. of Med.*, juillet 1914 (d'après le résumé de Michon et Comte).

Dysménorrhée douloureuse. Induration de l'espace recto-vaginal se prolongeant dans le ligament utéro-sacré gauche.

Diagnostic : Cancer endo-cervical.

Intervention : Hystérectomie avec ablation de la tumeur.

Obs. XCII. — A Leitch. — Cas 2. (d'après le résumé de Michon et Comte).

Dysménorrhée douloureuse. Hystérectomie avec ablation de la tumeur qui a envahi la sous-muqueuse rectale.

Obs. XCIII. — Griffith. — Adénomyome recto-vaginal avec réaction déciduale pendant la grossesse. — *Proc. of Soc. of Med.*, juillet 1914.

Femme de 37 ans, mariée depuis quinze ans. Un enfant de 14 ans. Actuellement enceinte de 6 mois.

A l'examen : Utérus à 9 cm. 5 au-dessus de la symphyse, avec sur sa face antérieure un fibrome sessile. Un peu d'hydrammios. Masse recto-vaginale mal limitée, de consistance molle et spongieuse, saignant après examen au spéculum. Muqueuse rectale normale.

On prélève un fragment de tumeur dans le cul-de-sac postérieur pour biopsie.

Pendant le mois suivant la tumeur s'accroît considérablement, s'étend au loin vers l'articulation sacro-iliaque droite, et comprime le rectum.

Radiumthérapie au centre de la tumeur.

La masse cervico-rectale diminue considérablement. Bon état général. La malade paraît en bonne voie pour un accouchement spontané.

Examen microscopique : Larges zones de cellules déciduales typiques dans un stroma conjonctif et musculaire. Epithélium aplati. Une glande dilatée, limitée par un épithélium cubique peu élevé, est complètement entourée de larges cellules déciduales.

Obs. XCIV. — Fries. — Cas 1. — Adénomyome du col envahissant le rectum. — Thèse d'Heidelberg, 1914.

Femme de 44 ans, réglée à 15 ans. Depuis un an règles douloureuses : au début elle souffrait uniquement pendant l'écoulement menstruel, mais maintenant les douleurs se prolongent 5 à 8 jours après. Pas de modification de l'abondance ni de la durée des règles.

Depuis quelques mois, douleurs à la défécation, constipation, perte d'appétit.

A l'examen : Utérus lisse en rétroversion et rétroflexion légère. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur grosse comme une noix, ferme, bosselée, fixée à la paroi utérine au niveau des ligaments utéro-sacrés. Le ligament utéro-sacré droit est fortement infiltré. Annexes saines.

Par le toucher rectal on perçoit également la tumeur sur laquelle la muqueuse glisse sans adhérence. Le paramètre voisin et le ligament utéro-sacré sont épaissis et durs.

En un mois on constate l'accroissement de la tumeur.

Intervention : Laparotomie. L'utérus adhère fortement au rectum. Hystérectomie totale difficile en dénudant la muqueuse rectale.

Suites : Guérison. Revue 3 ans après, pas trace de récidive.

Examen de la pièce : De la paroi postérieure du col naît un noyau gros comme un œuf de pigeon, qui s'étend sur le vagin sur une longueur de 2 cm. 5. A la coupe on voit à l'œil un des kystes dans la tumeur et dans la moitié inférieure de la paroi utérine postérieure.

Microscopiquement : Tubes glandulaires limités par un épithélium cylindrique et entourés de troma cytogène. Traces d'hémorragies.

Obs. XCV. — Fries. — Cas 2. — Adénomyome du col envahissant le rectum. Loc. cit.

Femme de 44 ans. Pas d'enfant. Réglée à 14 ans. Depuis un an douleurs menstruelles et à l'occasion du coït. Constipation opiniâtre.

A l'examen : Utérus un peu gros en rétro-version et rétroflexion. La paroi utérine postérieure porte une tumeur bosselée, irrégulière, perceptible au toucher vaginal et au toucher rectal : à 8 ou 10 cm. de l'anus on sent une proéminence qui rétrécit considérablement la lumière rectale. Ligaments utéro-sacrés épaissis.

Diagnostic : Myome et kyste du corps jaune.

Intervention : Laparotomie. Myome intra-mural du corps. Douglas comblé par des masses couenneuses. En libérant le rectum on lui fait une plaie de 4 cm. Hystérectomie totale difficile avec ablation de la tumeur.

Suites opératoires : 6 mois après la malade revient parce qu'elle souffre de nouveau. A l'examen on trouve une tumeur de la paroi rectale du volume d'une prune. Radium et radiothérapie.

Examen de la pièce : La pièce comporte l'utérus, la tumeur, annexes gauches, et deux fragments de musculature rectale. Myome interstitiel droit de 4 cm. 5 de diamètre. La surface postérieure de l'utérus est crevassée sur un espace de 2 centimètres carrés, là où on a sectionné les adhérences rectales. A la coupe on trouve un grand nombre de kystes et fissures disséminés dans la musculature. Annexes gauches saines.

Microscopiquement : Le myome est un myome banal. Le tissu sous-jacent jusqu'au col inclusivement est parsemé de glandes et groupes glandulaires. L'épithélium est bas ou cubique, entouré soit de tissu conjonctif lâche, soit d'un stroma de cellules rondes assez grosses à noyau clair. Les glandes contiennent les unes du sang, les autres des cellules épithéliales desquamées. Le tissu para-rectal, de même que le col, est parsemé de nombreux tubes glandulaires à épithélium aplati ; le stroma cytogène manque souvent.

Dans la musculature rectale enfin on trouve encore des tubes glandulaires à épithélium analogue à celui du corps de l'utérus, entouré d'un stroma infiltré de petites cellules rondes. Le tout dans un tissu musculaire lisse.

Obs. XCVI. — Wald Hans. — Adénomyome du col et du fornix vaginal. — *Thèse de Munich*, 1914.

Femme de 40 ans, qui n'a jamais eu de menstruation, mais

qui, depuis 12 ans, a toutes les quatre semaines des vomissements et de violentes douleurs dans le bas-ventre. Mariée à 27 ans, le coït a toujours été douloureux. Depuis quelque temps, les douleurs abdominales augmentent, surtout à gauche.

A l'examen : Organes génitaux externes normaux. Au toucher vaginal on trouve à 6 cm. de la vulve une coupole fermée ; pas de museau de tanche. Au toucher combiné on sent des masses pelviennes difficiles à limiter. Au toucher rectal on distingue une tumeur médiane du volume d'une tête d'enfant, flanquée de deux tumeurs plus petites.

Intervention : Laparotomie. Sous de nombreuses adhérences on trouve un gros utérus flanqué de deux masses latérales. La masse gauche, bleu-rougeâtre, est solidement fixée. La masse droite peut être en partie dégagée. Le cul-de-sac de Douglas est entièrement comblé par de nombreuses tumeurs noduleuses qui enserrent étroitement le col et la paroi vaginale, et dont le volume varie de celui d'une prune à celui d'un œuf de poule.

Hémisection utérine : En sectionnant le col on ouvre des kystes emplis de sang. Hystérectomie totale. Péritonisation.

Guérison après phlébite.

Microscopiquement : Dans les masses cervicales on trouve de nombreuses inclusions épithéliales tubulaires et kystiques. Epithélium cylindrique bas, à noyau bien colorable, entouré presque partout de tissu cytogène. Quelques kystes contiennent des leucocytes et des pigments sanguins.

Obs. XCVII. — Amann. — Cas 1. — Sérosité fibro-adénomateuse recto-cervicale. — *Monats. für Geburts. und Gyn.*, 1915, XLII.

Multipare de 37 ans, opérée il y a neuf ans pour déviation utérine. A ce moment on a constaté des petits nodules sur la séreuse du Douglas.

Depuis quelque temps, ses menstruations sont irrégulières et s'accompagnent de douleurs abdominales. Depuis 2 ou 3 mois, hémorragies irrégulières survenant toutes les deux ou trois semaines.

A l'examen : utérus petit, latéro-versé à droite. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur bosselée, de la grosseur d'une noix, intimement unie à la paroi cervicale, à la paroi rectale, et même à la paroi pelvienne postérieure.

Intervention : Hystérectomie abdominale totale. Les connexions avec le col et le rectum sont entièrement confirmées. Extirpation de la tumeur avec l'utérus, partie du vagin et portion de musculature rectale.

Guérison.

Microscopiquement : Adénofibrome ayant un aspect identique aux images du cas de Renisch.

Obs. XCVIII et XCIX. — Amann. — Cas 2 et 3. — Adénomyomes de la cloison recto-vaginale. — *Bayer. Gesell. für Gyn.*, 1912, et *Monats. für Geburts. und Gyn.*, 1915.

Amann a observé deux autres cas de fibro-adénomatose du cul-de-sac postérieur. Pas de troubles utérins ni rectaux. Diagnostic par la biopsie. Pas d'opération, et au cours des années suivantes on ne constata pas de modification sensible. On pouvait mettre en évidence l'origine aux dépens de l'endothélium séreux.

Obs. C. — Aug. Mayer. — Paramétrite et paravaginite postérieure avec hypertrophie épithéliale hétérotopique. — *Monat. für Geburts. und Gyn.*, 1915.

Femme de 31 ans. Réglée à 17 ans. Un enfant à l'âge de 22 ans. Il y a trois ans, pendant ses règles, a brusquement été prise de violentes douleurs dans le bas-ventre, et est restée

alitée pendant trois semaines pour « ovarite ». Ensuite, aucun trouble pendant plus de deux ans. Mais, depuis 8 mois, les règles s'accompagnent de fortes douleurs dans le bas-ventre, vomissements, frissons, douleurs à la défécation. Aucun trouble dans l'intervalle des règles. Pas de sang par l'anus.

A l'examen : Pas de métrite. Corps utérin un peu gros, en antéflexion. Salpingite bilatérale du volume d'une prune. Derrière le col on sent une nodosité irrégulière, ferme, fixée, adhérente au col, du volume d'un petit œuf de poule. Une saillie de cette nodosité repousse le cul-de-sac vaginal postérieur. Par le toucher rectal on perçoit la tumeur, bosselée, s'étendant latéralement de façon diffuse dans les ligaments utéro-sacrés qui, épaissis et rigides, embrassent le rectum à la façon d'une tenaille, et rétrécissent sa lumière. Muqueuse rectale partout lisse et souple.

Diagnostic : Adénomyosite ou tuberculose.

Intervention : Laparotomie sous-ombilicale. On trouve des petites tumeurs annexielles bilatérales. Le Douglas est comblé par une tumeur rétro-cervicale, plaquée contre le col, adhérente au rectum et envahissant le paramètre à droite et à gauche. Hystérectomie totale en laissant un fragment d'ovaire gauche, et des éléments de tumeur contre le rectum et dans le paramètre. Mèche vaginale.

Examen microscopique : Tumeur identique à celles de Renisch et de Sitzenfrey. Cavités tapissées d'un épithélium cylindrique et entourées d'une couronne de stroma cytogène qui fait parfois défaut. L'épithélium est de hauteur moyenne, et on trouve toute la transition jusqu'à des cellules aplaties, comme celles de l'endothélium séreux qu'on voit s'enfoncer dans la profondeur.

La séreuse tubaire porte par endroits une bordure de cellules cubiques qui pénètrent dans la paroi de l'organe sous forme de tubes étroits.

Sous la surface de l'ovaire on trouve également des éléments endométriaux.

Suites opératoires : Favorables, mais malgré l'hystérectomie totale la malade continue à présenter toutes les quatre semaines des hémorragies vaginales identiques au flux menstruel et durant 3 à 4 jours. Puis au bout d'un an ces hémorragies se répètent deux fois par mois, précédées de fortes douleurs lombaires.

On revoit la malade environ 18 mois après l'opération, et on trouve au fond du vagin quatre ou cinq petits polypes, les uns rouge-vif, les autres bleuâtres. On sent, de plus, en avant du rectum, une nodosité dure, grosse comme un œuf de poule ; les ligaments utéro-sacrés sont rigides. Le rectum, légèrement sténosé, présente une muqueuse partout lisse et souple.

On se contente d'enlever les polypes vaginaux.

Six semaines après sa sortie de l'hôpital, reprennent des hémorragies irrégulières, puis, trois mois plus tard, la malade est de nouveau hospitalisée pour fièvres et douleurs. On trouve alors entre vessie et rectum une tumeur grosse comme le poing, dure. Par le fond du vagin on peut introduire une sonde dans un cavité longue de 8 cm. En tentant un curettage explorateur, on tombe dans une autre cavité située en avant, d'où sort une tasse de pus brunâtre, fétide.

Chute de température. Puis la tumeur commence à diminuer. Au bout de quelques semaines on ne perçoit plus que quelques brides cicatricielles. Cessation des hémorragies. Bon état général.

Examen microscopique des polypes : Les polypes sont tous recouverts d'un épithélium aplati stratifié, mais leur contour se présente sous deux aspects différents.

Dans les uns, du tissu cytogène avec de nombreux capillaires et des cavités tapissées d'un épithélium cylindrique.

Dans les autres un tissu conjonctif presque anucléé, analogue à la gelée de Wharton, sans infiltration sanguine, mais

avec des cavités épithéliales tapissées d'un épithélium cubique bas, qui paraît se continuer insensiblement dans l'endothélium de vaisseaux lymphatiques dilatés, comme s'il en dérivait.

Obs. CI. — Kellogg. — Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Boston Med. and Surg. Journal.*, 1917.

Femme de 40 ans, mariée 13 ans. Ni enfant, ni fausse-couche. Réglée à 15 ans. Menstruations régulières, revenant tous les 28 jours, durant deux jours, et s'accompagnant de douleurs très légères.

Pas de passé pathologique, ni gonorrhée, ni syphilis.

Se plaint de métrorragies. Cinq jours après des règles normales elle a recommencé à perdre du sang, et cela pendant une dizaine de jours. Puis, après un arrêt de 5 jours, elle a perdu de nouveau abondamment pendant 20 jours.

A l'examen : Bon état général. Abdomen souple, non ballonné. Le vagin contient du sang et des caillots. Col régulier. Utérus en rétroversion. On sent en arrière de l'utérus une masse non réductible, mais ne paraissant pas complètement fixée, qu'on interprète comme le fond utérin. La muqueuse de la paroi vaginale postérieure est épaissie et rugueuse, mais ni indurée, ni ulcérée. Elle donne un suintement sanguin. Du sang vient également du col. Le toucher rectal permet de sentir la masse rétro-utérine.

Diagnostic : Longtemps très hésitant. Ayant pris connaissance de l'article de Cullen, on pose de façon ferme le diagnostic d'adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie. Hystérectomie totale avec ablation d'une portion de paroi vaginale. On laisse les ovaires. La tumeur adhère au col, au vagin, et au rectum dont elle envahit la paroi en respectant la muqueuse. En essayant de décoller le rectum on blesse celui-ci en trois endroits. Drain vaginal. Péritonisation.

Suites opératoires : Au 8e jour, fistule recto-vaginale qui se forme spontanément à la fin de la 8e semaine.

Examen des pièces : L'utérus contient quelques petits fibromes. Sous l'épithélium stratifié du vagin, on voit une masse de tissu fibreux et musculaire lisse, avec çà et là des glandes à épithélium cylindrique simple reposant sur une basale. Peu de lymphocytes. Diagnostic : adénoleiomyome.

Obs. CII. — Heineberg. — Cas 1. — Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Amer. Journ. of Obst.*, 1917.

Femme de 27 ans. Au début de 1914, au cours d'une période menstruelle, est prise soudainement de douleurs rectales violentes. Ces troubles se renouvellent ensuite à chaque période, avec irradiation douloureuse dans la cuisse gauche.

En août 1914, dilatation et curettage, puis laparotomie. Libération d'adhérences. On trouve un peu de sang libre dans la cavité péritonéale, et un kyste hématique de l'ovaire gauche. Ablation des annexes gauches et de l'appendice.

Cette intervention amène d'abord un soulagement notable, puis, en février 1915, apparaissent de nouveau des douleurs violentes. A l'examen, on trouve deux petits polypes insérés sur la paroi vaginale postérieure. Leur ablation n'amène aucune amélioration. En juin 1915, la malade revient, se plaignant de ménorragies et d'un léger saignement vaginal dans l'intervalle des règles. On retrouve alors plusieurs polypes à la même place qu'auparavant.

On revoit la patiente en février 1916 : la douleur rectale commence le 4e jour des règles et persiste plusieurs jours après l'écoulement cataménial. Celui-ci est abondant et dure 12 à 13 jours.

A l'examen : Plusieurs petits polypes de la paroi vaginale postérieure, à 1 cm. du col, avec lequel ils ne présentent aucune connexion. Aspect de polypes muqueux de l'utérus, mais

plus friables, et saignant au moindre traumatisme. Induration sous-jacente et épaississement s'étendant latéralement dans la base des ligaments larges (sensation de vieille cellulite). Cette induration est mieux perçue par le toucher rectal. Muqueuse rectale intacte.

Diagnostic : Tumeur maligne.

Intervention : Voie vaginale. Ablation des polypes à la curette. Cautérisation. Tamponnement.

Suites opératoires : Suintement sanguin abondant. Sortie le 14e jour. Revue 6 mois après : la masse recto-vaginale a augmenté de volume et paraît fixée à la portion supra-vaginale du col. Ablation d'un nouveau polype.

Microscopiquement : Epithélium vaginal ulcéré par places. Au-dessous tissu conjonctif dense. Profondément grand nombre de glandes, les unes petites, au contact direct du tissu conjonctif, les autres grandes, entourées du stroma caractéristique. Quelques-unes de ces dernières sont emplies de sang. Les glandes sont du type des glandes du corps utérin.

Obs. CIII. — Heineberg. — Cas 2. — Prolapsus utérin et adénomyome de la paroi recto-vaginale. — *Amer. Journ. of Obst.*, 1919.

Femme de 45 ans, réglée à 12 ans. Un enfant il y a 16 ans. Une fausse couche il y a 11 ans. Depuis cette époque, prolapsus. Menstruation a toujours été irrégulière et douloureuse. Depuis de nombreuses années elle se plaint de douleurs abdominales qui ont augmenté ces derniers temps. Rétention chronique d'urine.

A l'examen : Prolapsus du second degré. Au toucher vaginal on sent dans la paroi vaginale postérieure, à 5 cm. au-dessus de la vulve une masse dure, irrégulière, noduleuse, présentant quatre ou cinq polypes saillant dans le vagin. Ces polypes, vus au spéculum, ont la coloration de la muqueuse vaginale, sauf l'un d'eux qui est bleuâtre.

Au toucher rectal on perçoit nettement la masse qui s'étend latéralement jusqu'aux parois pelviennes latérales, et ne peut être mobilisée. La muqueuse rectale paraît saine.

Intervention : Etant donné l'état d'affaiblissement de la malade on intervient par voie vaginale. Dissection de la tumeur et fermeture sans drainage.

Examen de la pièce : Tissu rougeâtre, plutôt mou.

Microscopiquement : Sous l'épithélium vaginal on trouve du tissu fibreux et musculaire lisse dans lequel sont disséminés des tubes tapissés d'un épithélium cylindrique reposant sur un tissu de soutien. Quelques dilatations kystiques.

Obs. CIV. — Heineberg. — Cas 3. — Adénomyome de la paroi utérine. — Loc. cit.

Femme de 42 ans, mariée sans enfant. Depuis deux ans a eu plusieurs attaques de paralysie partielle avec aphasie transitoire. Pas de signes de vérole.

A l'examen on sent dans le cul-de-sac postérieur un nodule gros comme un pois, situé à la face postérieure du col et adhérant à la paroi vaginale.

Diagnostic : Adénomyome au début.

Intervention : Voie vaginale. On trouve le nodule fixé à la paroi postérieure de l'utérus. En le disséquant, on ouvre le péritoine. Suture.

Examen de la pièce : La pièce est un fragment de paroi utérine. Tissu ferme.

Microscopiquement : Tissu fibreux et musculaire. Ilots de muqueuse utérine sous forme de tubes tapissés d'un épithélium simple séparé du tissu environnant par une zone de cellules mononucléaires.

Donc adénomyome de la paroi utérine.

Obs. CV. — Petit-Dutaillis. — *La Gynécologie*, avril 1920

Femme de 27 ans, mariée sans enfants. Opérée il y a sept ans d'un adénome du sein, réglée à 10 ans, souffre depuis l'âge de 18 ans de douleurs dans le bas-ventre qui s'exacerbent à l'occasion de la menstruation et du coït.

Au toucher combiné, on perçoit dans le cul-de-sac postérieur, immédiatement derrière le col, une tuméfaction qui en occupe toute la largeur. Tumeur nettement lobulée, de consistance ferme. Muqueuse vaginale adhérente à ce niveau, mais sans rougeur, ni œdème, ni ulcération.

Toucher rectal : la muqueuse rectale glisse facilement sur la tumeur.

Diagnostic clinique : Tumeur maligne du vagin, probablement sarcome. Ablation d'un fragment pour biopsie.

Macroscopiquement : Fragment du volume d'un petit haricot, irrégulièrement lobulé et présentant des traînées et des points jaunâtres.

Microscopiquement : Masse principale formée de tissu conjonctif adulte, fibreux, normal. La surface est recouverte de l'épithélium vaginal normal, mais épaissi par places en replis saillants.

Dans le corps fibreux se voient des formations épithéliales de deux espèces différentes :

a) D'une part des îlots d'épithélium pavimenteux stratifié, très épais, nettement limités, à stratification normale. Les plus petits de ces îlots sont pleins. Les autres sont creusés de cavités arrondies ou ovalaires. Certains sont ramifiés en deux ou trois branches. En multipliant les coupes, on se rend compte que ces canaux et îlots épidermiques sont en continuité directe avec le revêtement épidermique superficiel. Il s'agit donc de canaux épidermiques et de bourgeons pleins aboutissant à la surface du vagin.

b) D'autre part, plusieurs petites cavités arrondies revêtues d'une seule couche d'épithélium cylindrique.

Application de radium : Les douleurs disparaissent et la tuméfaction semble notablement réduite.

Malade perdue de vue.

Obs. CVI. — Becker. — Cas 1. — Adenomyosis uteri et recti. — *Zentralblatt für Gyn.*, 1920.

Femme de 45 ans. Deux enfants. Trois fausses couches. Il y a cinq ans, fortes hémorragies vésicales (?) (vraisemblablement utérines). Depuis ce temps, douleurs dans le bas-ventre avec troubles de la miction et constipation chronique.

A l'examen : Gros utérus métritique avec annexite gauche. Entre utérus et rectum on trouve une nodosité grosse comme un haricot, unissant les deux organes.

Intervention : Hystérectomie totale avec ablation des annexes gauches et excision de la nodosité qui s'étend jusqu'à la muqueuse rectale. Ouverture du rectum qu'on suture en deux plans. Péritonisation. Mèche vaginale.

Suites opératoires : Sortie le 19e jour. Revue huit mois plus tard en bon état, mais encore quelques troubles de la défécation.

Examen des pièces : Utérus long de 10 cm. 5. Muqueuse d'aspest normal. Séreuse lisse. Petite tumeur rugueuse insérée à la face postérieure de la portion sus-vaginale du col. A la coupe on trouve dans le col des cavités sphériques plus ou moins grandes (l'une d'elles atteint la grosseur d'un petit pois), qui siègent surtout près de la muqueuse utérine. Elles contiennent un liquide aqueux ou une masse gélatineuse.

La portion de paroi rectale réséquée montre d'un côté la muqueuse, et de l'autre une surface rugueuse dépourvue de péritoine.

Microscopiquement : Muqueuse du col et du corps normale, sans tendance à l'infiltration du muscle. Mais au niveau de la tumeur l'épithélium de la muqueuse est formé de cellules cu-

biques petites. Au-dessous, les glandes sont dilatées en kystes contenant une masse coagulée homogène. Dans les petits kystes l'épithélium est cylindrique, haut. Dans les kystes très distendus, l'épithélium est cubique ou aplati, et en quelques endroits stratifié. Tissu cytogène à cellules arrondies ou légèrement fuselées.

Les kystes infiltrent la couche musculaire à une assez grande profondeur sous la muqueuse. Puis, près de la superficie, on trouve de nouveau des kystes en rétention avec tissu cytogène. Epithélium cubique et en partie stratifié. Dans la zone où le péritoine est intact, il n'y a que quelques rares inclusions glandulaires. Au contraire, dans la zone dépéritonisée, les inclusions glandulaires vont jusqu'à la superficie, envahissent la tumeur, y compris la couche musculaire du rectum, mais n'atteignent pas la sous-muqueuse.

Obs. CVII. — Becker. — Cas 2. — Adenomyosis uteri et recti. — *Zentralblatt für Gyn.*, 1920.

Femme de 38 ans. 2 enfants. Constipation très marquée, avec douleurs pelviennes à la défécation. Un doigt vaginal est obligé d'aider à la défécation.

A l'examen : entre col et rectum, on sent une tumeur grosse comme une noix, douloureuse, adhérente à l'utérus et au rectum.

Intervention : Voie vaginale. En extirpant la tumeur, on ouvre le rectum et on résèque sa paroi sur la largeur d'une pièce de 0 fr. 10. Ouverture du Douglas. Suture du rectum, puis de la paroi vaginale.

Suites opératoires : Symptômes d'obstruction non améliorés par une colostomie. Péritonite torpide. Mort le 34e jour.

Autopsie : Péritonite fibrineuse. Désunion du rectum. Utérus long de 10 cm.

Pièce opératoire : Tumeur composée de traînées musculai-

res. Tubes glandulaires à épithélium cylindrique simple. Tissu cytogène. Kystes à épithélium cubique. Musculature rectale se continue avec la tumeur. Sous-muqueuse et muqueuse intactes.

Obs. CVIII. — Sampson. — Cas 2 de l'auteur. — Kystes hémorragiques perforés des deux ovaires. Adénomyome de la paroi postérieure de l'utérus envahissant la paroi rectale antérieure. — *Achives of Surgery*, sept. 1921.

Femme de 37 ans. Menstruation régulière, très abondante surtout depuis quelque temps, et accompagnée de violentes douleurs dans le bas-ventre.

A l'examen : Utérus un peu gros, immobile. Masses inflammatoires bilatérales.

Diagnostic : Utérus myomateux avec salpingite double.

Intervention : Laparotomie. On trouve un utérus gros, adhérent au rectum, avec kystes ovariens adhérents. Décollement difficile du rectum. Hystérectomie totale avec ablation des annexes.

Examen de la pièce : Trompes normales. Ovaires transformés en kystes de 4 à 6 cm. de diamètre.

Microscopiquement : La paroi utérine postérieure est occupée par un adénomyome sans connexion avec la muqueuse utérine, et qui avait probablement envahi la paroi rectale.

Suites : Convalescence normale. Guérison se maintient, bien que du tissu adénomateux ait vraisemblablement été laissé dans la paroi rectale.

Obs. CIX. — Sampson. — Cas 3. — Kyste hémorragique perforant des deux ovaires. Endométriome envahissant la paroi postérieure de l'utérus, et l'unissant à la paroi antérieure du rectum.

Femme de 37 ans. Bien réglée. Deux enfants, pas de

fausse couche. Se plaint depuis un an de douleurs dans la fosse iliaque gauche. Cette douleur a immobilisé la malade pendant 10 jours, et on a porté alors le diagnostic de péritonite.

A l'examen : Utérus rétrofléchi, fixé. Masses inflammatoires kystiques bilatérales.

Diagnostic : Hydrosalpinx bilatéral ou ovaires kystiques adhérents.

Intervention : Ovaires kystiques et adhérents. En les libérant il s'échappe un flot de liquide chocolat. Le rectum adhère fortement à la face postérieure de l'utérus ; décollement difficile. Ablation de l'appendice et des annexes.

Suites opératoires : Convalescence normale. Reste en bonne santé.

Examen des pièces : Les trompes sont normales. Chaque ovaire contient un hématome (celui de l'ovaire gauche, le plus grand, mesure 3 cm. de diamètre).

La bordure épithéliale du kyste est cuboïde. Par places formations glandulaires semblables aux glandes utérines. Sur la paroi postérieure de l'utérus et la partie supra-vaginale du col on voit des formations endométriales.

Obs. CX. — Sampson. — Cas 6 de l'auteur. — Kyste hémorragique perforé de l'ovaire droit. Adénomyome de la paroi utérine postérieure. Lithiase biliaire.

Femme de 45 ans. Un enfant de 13 ans. Menstruation régulière, peu abondante, non douloureuse. Pas de symptômes pelviens, pas de constipation. Se plaint d'indigestions et de crises douloureuses de l'hypochondre droit. Jaunisse il y a 4 semaines.

A l'examen : Utérus gros, rétrofléchi et adhérent.

Diagnostic : Lithiase biliaire et utérus myomateux adhérent.

Intervention : Laparotomie médiane. Appendicectomie.

Utérus gros, rétrofléchi, étroitement adhérent au rectum. En libérant l'ovaire droit, il s'échappe du liquide chocolat. Hystérectomie totale avec ablation des annexes. Cholécystectomie (calculs vésiculaires).

Examen de la pièce : Trompes normales. L'ovaire droit contient un kyste de 2 cm. 5 de diamètre.

Microscopiquement : Adénomyome de la paroi postérieure de l'utérus, unissant cet organe à la paroi rectale antérieure. Le kyste hémorragique est bordé d'un épithélium cubique et surtout cylindrique. Le stroma sous-épithélial contient des hémorragies récentes et anciennes et des glandes analogues aux glandes utérines.

Obs. CXI. — Sampson. — Cas 10 de l'auteur. — Ablation d'un kyste hémorragique perforant de l'ovaire. Développement ultérieur d'un endométriome du Douglas.

Femme de 54 ans, admise au 2e jour d'une crise d'appendicite aiguë (3e crise). Règles régulières, toujours abondantes et douloureuses surtout dans ces dernières années.

A l'examen, outre une défense musculaire de la fosse iliaque droite, on trouve un utérus rétrofléchi, fixé, et des annexes gauches adhérentes.

Intervention : Laparotomie médiane. En libérant l'ovaire gauche gros et adhérent, il s'écoule du liquide chocolat. On libère l'utérus qui adhère au rectum, et on le met en bonne position. Appendicectomie.

Microscopiquement : Kystes endométriaux typiques de l'ovaire.

Suites opératoires : Convalescence normale, mais persistance de la dysménorrhée. Cinq mois après l'opération on trouve une petite zone d'induration dans le Douglas, due sans doute à un endométriome.

Obs. CXII. — Sampson. — Cas 11 de l'auteur. — Ablation des annexes droites pour kyste hémorragique perforant de l'ovaire. Développement ultérieur d'un endométriome du Douglas.

Femme de 30 ans. Mariée pendant 4 ans. Pas d'enfant, pas de fausse-couche. Menstruation régulière, toujours un peu douloureuse. Depuis cinq mois se plaint de douleurs pelviennes du côté droit, surtout marquées pendant les règles.

A l'examen : Utérus de volume normal, dévié à droite.

Diagnostic : Inflammation pelvienne chronique, d'origine salpingienne probable.

Intervention : Ovaire droit kystique, adhérent à la paroi pelvienne. En le libérant il s'échappe du liquide chocolat. Ablation des annexes droites et de l'appendice.

Microscopiquement : Endométriome de l'ovaire.

Suites opératoires : On revoit la malade 13 mois après l'opération. Elle est notablement améliorée, mais souffre encore du bas-ventre. A l'examen, on trouve un ovaire gauche augmenté de volume et adhérent à la paroi pelvienne et dans le Douglas une petite zone d'induration.

Diagnostic : Kyste hémorragique perforé de l'ovaire, avec adénome du type endométrial dans le Douglas, nécessitant une nouvelle intervention.

Obs. CXIII. — Sampson. — Cas 12 de l'auteur. — Kystes hémorragiques perforants des deux ovaires. Endométriome de l'utérus et du rectum envahissant les deux ligaments larges.

Femme de 36 ans. Un enfant. Règles normales, non douloureuses.

Se plaint de constipation croissante depuis six mois, sans aucun autre trouble.

A l'examen : Utérus un peu gros, fixé. Induration du cul-

de-sac postérieur faisant saillie dans le rectum, et mieux perçue par le toucher rectal.

Diagnostic : Pelvi-péritonite chronique avec peut-être cancer dans le cul-de-sac ou cancer recto-sigmoïdien.

Intervention : En libérant les ovaires, qui sont kystiques et adhérents, il s'épanche du liquide chocolat. L'utérus est fixé au rectum. Les deux ligaments larges sont indurés. Décollement pénible du rectum (paroi rectale est indurée). Appendicectomie et hystérectomie totale.

Microscopiquement : Endométriome de l'ovaire droit. Endométriome de la face postérieure de l'utérus sans aucune connexion avec la cavité utérine.

Suites opératoires : Convalescence normale. Bonne santé ultérieure. L'adénome laissé dans la cavité pelvienne et à la paroi antérieure du rectum ne présente aucun signe d'extension. Au contraire, un an après l'opération, l'induration de la paroi rectale paraît avoir diminué.

Obs. CXIV. — Sampson. — Cas 13 de l'auteur. — Kyste hémorragique perforé de l'ovaire droit. Adénomyome envahissant la paroi postérieure du col, le vagin et la paroi rectale antérieure.

Femme de 30 ans. Menstruation régulière, mais dysménorrhée de plus en plus douloureuse. Constipation marquée.

A l'examen : Utérus normal. Juste derrière le col petite zone d'induration bien limitée, mieux perçue par le toucher rectal. A droite de cette zone on trouve une masse kystique adhérente.

Diagnostic : Kyste hémorragique perforé de l'ovaire droit avec adhérences dans le cul-de-sac.

1re intervention : Ovaire droit adhérent à la paroi pelvienne latérale. Fond du Douglas oblitéré par des adhérences. Ablation de l'appendice et des annexes droites.

Microscopiquement : Endométriome de l'ovaire au stade prémenstruel (l'opération avait eu lieu le jour où la malade attendait ses règles).

Suites : A la sortie de l'hôpital on note toujours le noyau rétro-cervical. Revue 4 mois après : le noyau paraît avoir augmenté de volume. Après un nouvel intervalle de 4 mois, la malade souffre toujours, et l'induration s'est encore étendue.

2e *intervention :* Laparotomie. Douglas oblitéré au niveau des ligaments utéro-sacrés. Col et rectum sont fusionnés. Décollement du rectum. Hystérectomie totale avec ablation des annexes gauches.

Microscopiquement : Adénomyome envahissant la paroi cervicale postérieure et à un degré moindre le vagin et la paroi antérieure du rectum.

Suites : Convalescence normale.

Obs. CXV. — Sampson. — Cas 15 de l'auteur. — Kyste hémorragique perforé de l'ovaire droit. Adénomyome endométrial diffus superficiel de la plus grande partie de la paroi utérine postérieure.

Femme de 39 ans. La menstruation a été régulière jusqu'à il y a 6 mois. Depuis lors, perd tous les 15 jours, avec souvent un retard d'une semaine. Règles non douloureuses. Diarrhée croissante avec coliques, apparue en même temps que les troubles menstruels.

A l'examen : Utérus un peu gros, irrégulier, rétrofléchi et fixé. Annexes non palpables.

Diagnostic : Utérus fibromateux en rétro-flexion fixée.

Intervention : Laparotomie. Utérus adhère fortement au rectum. En libérant l'ovaire droit adhérent à la face postérieure de l'utérus, il s'épanche du liquide chocolat. On enlève appendice, annexes droites et utérus.

Suites : Convalescence lente. Mort 6 mois après de cause inconnue.

Microscopiquement : Endométriome de l'ovaire. Un adénomyome endométrial a envahi superficiellement la plus grande partie de la paroi utérine postérieure au niveau des adhérences avec l'ovaire, et sur toute la zône qui adhérait au fond du cul-de-sac et au rectum.

Obs. CXVI. — Sampson. — Cas 19 de l'auteur. — Kyste hémorragique perforant les deux ovaires. Endométriome diffus de la paroi postérieure de l'utérus, de la paroi rectale antérieure et des ligaments larges.

Femme de 45 ans. Deux enfants. Menstruation régulière, mais qui depuis deux ans est devenue de moins en moins abondante et de plus en plus douloureuse. Depuis cette époque, constipation opiniâtre avec crises d'obstruction au moment des règles. Jamais de sang dans les selles.

A l'examen : Utérus irrégulier, fixé en rétroversion. Annexes non perceptibles. Pas d'induration du Douglas. Examen radioscopique de l'intestin négatif.

Diagnostic : Utérus fibromateux. Peut-être tumeur maligne du sigmoïde.

Intervention : On sépare difficilement l'utérus du rectum. Un peu de sang ancien dans la cavité pelvienne. En libérant les ovaires, adhérents et kystiques, il s'épanche du liquide chocolat. Dans le sigmoïde deux nodules paraissent faire saillie dans la lumière intestinale. Hystérectomie totale avec ablation des annexes. Appendicectomie. Ablation du nodule supérieur (le plus volumineux) du sigmoïde et suture bout à bout de l'intestin.

Microscopiquement : Endométriome des deux ovaires. Endométriome superficiel de la face postérieure de l'utérus et

du sigmoïde. L'endométriome sigmoïdien s'étend du péritoine jusqu'à la sous-muqueuse.

Convalescence normale. Reste en bonne santé.

Obs. CXVII. — Sampson. — Cas 20 de l'auteur. — Kyste hématique perforant de l'ovaire droit. Endométriomes pelviens multiples. Cancer du col utérin.

Femme de 41 ans. Menstruation habituellement régulière, en quantité modérée, peu douloureuse ; mais, depuis 3 mois, pertes sanglantes, de sorte que la malade ne reconnaît plus ses règles.

A l'examen : Tumeur végétante et friable de la lèvre postérieure du col. Utérus mobile. Derrière le col un nodule plus nettement perçu par le toucher rectal.

Diagnostic : Cancer du col avec extension possible en arrière.

Intervention : En libérant l'ovaire droit kystique et adhérent, il s'échappe du liquide chocolat. Ablation de l'utérus, du paramètre et des ganglions iliaques.

Microscopiquement : Cancer du col du type pavimenteux. Ganglions extirpés non cancéreux. Endométriome de l'ovaire droit. On trouve encore des adénomes du même type dans le cul-de-sac péritonéal, près du ligament utéro-sacré gauche, sur les parois utérines antérieure et postérieure. Sur l'ovaire gauche, fente limitée par du tissu endométrial.

Convalescence normale.

Obs. CXVIII. — Sampson. — Cas 21 de l'auteur. — Kyste hémorragique perforé de l'ovaire droit. Adénome diffus envahissant face postérieure de l'utérus et paroi rectale antérieure.

Femme de 44 ans. Ni enfant, ni fausse couche. Menstrua-

tion régulière, parfois légèrement douloureuse. Constipation marquée, surtout au moment des règles. Indigestions.

A l'examen : Utérus rétro-fléchi et adhérent avec une zone nette d'induration en arrière du col. Annexes non palpables.

Diagnostic : Utérus rétrofléchi adhérent. Possibilité de kyste hémorragique perforé avec adénome du cul-de-sac.

Intervention : Laparotomie. Utérus rétrofléchi, adhérent au rectum. Ovaire droit adhérent à la paroi pelvienne latérale ; en le libérant il s'épanche du liquide chocolat. Appendicectomie, hystérectomie totale avec ablation des annexes droites. Extraction d'un calcul vésiculaire et drainage de la vésicule.

Microscopiquement : On a l'impression que le kyste ovarien est un kyste lutéinique, qui, après rupture, a été envahi secondairement par des formations épithéliales du type endométrial.

On trouve des éléments adénomyomateux sur la paroi pelvienne latérale, dans un nodule du cul-de-sac vésico-utérin, sur une large zone de la paroi utérine postérieure, et sur la paroi rectale antérieure qui adhérait à l'utérus.

Obs. CXIX. — Sampson. — Cas 22 de l'auteur. — Kyste hémorragique perforant de l'ovaire droit. Multiples petits adénomes endométriaux de la surface des ligaments larges et du Douglas. — Loc. cit.

Femme de 41 ans, deux enfants. Menstruation régulière, mais, depuis 3 ans, douleurs dans le côté gauche, dysménorrhée douloureuse, constipation.

A l'examen : Utérus gros, irrégulier, peu mobile.

Diagnostic : Myomes utérins multiples.

Intervention : Laparotomie. Nombreux noyaux myomateux. En libérant l'ovaire droit, il s'écoule du liquide chocolat. A la surface postérieure de chaque ligament large on

trouve un petit nodule ; un nodule identique dans le Douglas n'est pas enlevé. On trouve enfin des petits kystes hémorragiques à la surface postérieure de l'utérus, à la surface antérieure du ligament large gauche et au voisinage du ligament rond.

Hystérectomie subtotale avec ablation de presque tout le col et des annexes.

Microscopiquement : Tous les noyaux et petits kystes enlevés sont des adénomes endométriaux typiques, de même que le kyste ovarien.

Obs. CXX. — Sampson. — Cas 23 de l'auteur. — Kyste hémorragique de l'ovaire gauche. Utérus rétrofléchi, fixé avec adénome à type d'endométriome envahissant la face postérieure du col.

Femme de 47 ans. Quatre enfants. Bien réglée. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Pas de constipation.

A l'examen : Utérus rétrofléchi, fixé. Induration nodulaire du cul-de-sac de Douglas. Annexes gauches augmentées de volume et adhérentes.

Diagnostic : Kyste hémorragique perforant de l'ovaire gauche et endométriome du Douglas.

Intervention : Libération d'adhérences épiploïques. En libérant l'ovaire gauche, qui adhère au ligament rond du même côté, il s'écoule du liquide chocolat. Décollement du rectum qui adhère fortement à la portion supra-vaginale du col. Appendicectomie et hystérectomie totale.

Microscopiquement : Le kyste ovarien est en partie bordé d'un épithélium cylindrique. Le stroma sous-jacent, très vascularisé, présente la trace évidente d'hémorragies anciennes et récentes.

Des coupes de la paroi postérieure du col et du vagin montrent l'envahissement de leurs parois par un endométriome.

Adénome endométrial du péritoine près du ligament rond gauche.

Suites opératoires : Favorables.

Obs. CXXI. — Goldstine. — Adénomyome recto-vaginal. — *Surgery, Gyn. and Obst.*, 1921, XXXIII.

Femme de 37 ans. Un enfant de 17 ans. Règles parfaites et ne s'accompagnant d'aucun trouble, sauf une légère douleur rectale. Vient consulter pour troubles abdominaux et les symptômes orientent vers l'abdomen et non vers le pelvis. Il y a deux semaines elle a remarqué pour la première fois du sang dans ses matières.

A l'examen : Col normal. Rien à signaler ni à l'utérus, ni aux annexes. Par le toucher rectal on sent contre le col un nodule gros comme une noix, non sensible à la pression.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Ablation de la tumeur qui a envahi les ligaments utéro-sacrés à 2 cm. du col, et qui est fixée au rectum de telle façon qu'on doit se contenter d'une extirpation incomplète.

Examen des pièces : La coupe de la tumeur montre un adénomyome typique.

Obs. CXXII. — Goldstine et Fogelson. — Cas 1. — Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Surgery, Gyn. and obst.*, 1924.

Femme de 31 ans, mariée depuis huit ans. Trois accouchements normaux (le dernier il y a 18 mois). Pas de fausse couche. Réglée à 18 ans. Menstruations régulières, revenant tous les 28 jours ; d'abord très abondantes et durant 7 à 10 jours, elles ont diminué quelque peu après le mariage, puis ont re-

trouvé maintenant leur abondance antérieure. La malade se plaint en outre de violentes douleurs lombaires et pelviennes.

A l'examen : Col normal, utérus un peu gros avec léger prolapsus, pas de lésions annexielles apparentes. Douglas sensible à la pression.

Par le toucher rectal on sent en arrière du col un nodule mal limité, mobilisable. On n'arrive à le délimiter par toucher rectal et palper abdominal combinés que sous anesthésie.

Diagnostic : Adénomyome du septum recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie. Utérus et ovaire normaux, pas d'adhérences. Dans le septum recto-vaginal on trouve une masse kystique molle, mobile sous le péritoine, ayant environ 4 cm. de diamètre, et ne présentant aucune connexion avec le col. Pas de lésions du rectum. Incision du péritoine et ablation du kyste sans le rompre.

Examen de la pièce : Kyste arrondi contenant du liquide chocolat analogue à celui de certains kystes ovariens. La paroi du kyste est lisse, gris-foncé, d'une épaisseur de 0 cm. 25, et adhère au stroma adjacent.

Microscopiquement : Un grand kyste bordé d'un épithélium simple cylindrique du type endométrial, et contenant du sang altéré et des pigments sanguins. Autour de ce kyste principal sont irrégulièrement disposés d'autres kystes plus petits et des glandes, entourés d'un stroma de tissu conjonctif et musculaire. Pas de cellules rondes ni d'autre signe d'inflammation.

Obs. CXXIII. — Goldstine et Fogelson. — Cas 2. — Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Loc. cit.*

Femme de 27 ans, mariée sans enfant. Réglée à 14 ans. Menstruation revenant régulièrement tous les 28 jours, durant 5 jours. Dysménorrhée légère, un peu de leucorrhée. Actuellement dysparennie et douleurs vaginales.

A l'examen : Col normal. Rigidité recto-cervicale et dou-

leurs à la pression. Grosse masse gauche dont les mouvements se transmettent au col. Rien à droite. Au toucher rectal on sent en arrière du col, et intimement uni à lui, une grosse masse sensible qui adhère au rectum.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal et kyste de l'ovaire gauche.

Intervention : Laparotomie. Annexes droites normales. Kyste de l'ovaire gauche de 5 cm. de diamètre, adhérant au rectum et à la paroi utérine postérieure. Adhérences cervico-rectales. En libérant l'ovaire gauche celui-ci se rompt et il s'écoule du liquide chocolat. On enlève l'ovaire gauche et l'adénomyome recto-vaginal.

Microscopiquement : Dans l'ovaire on voit de nombreuses glandes à épithélium cylindrique simple (type endométrial) contenant des globules rouges et des pigments sanguins. Hémorragies dans le stroma.

Le tissu enlevé du septum recto-vaginal montre un stroma conjonctif entremêlé de quelques fibres musculaires et contenant de nombreuses glandes à épithélium cylindrique simple.

Obs. CXXIV. — Goldstine et Fogelson. — Cas 3. Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Loc. cit.*

Femme de 51 ans, mariée sans enfant. Peu après son mariage a eu quatre crises douloureuses abdominales. Ménopause depuis 1 an. Actuellement crises gastralgiques intermittentes avec vomissements. Pas de constipation.

A l'examen : Masse palpable dans la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal, col normal. Utérus gros et irrégulier. Masse droite englobant trompe et ovaire. Trompe gauche un peu grosse et sensible. Le toucher rectal confirme ces notions et montre une douleur vive à la pression en arrière du col.

Intervention : Laparotomie. Le grêle adhère fortement aux

trompes, à l'utérus et au ligament large. Petit fibrome utérin. Hydrosalpinx double. Ovaires normaux. Les adhérences sont dues à des îlots de tissu friable de 1 à 2 cm. de diamètre.

Microscopiquement : Ces îlots montrent un tissu de granulation avec infiltration micro-cellulaire. Petites glandes à épithélium cylindrique simple (type endométrial), contenant des globules rouges.

Obs. CXXV. — Forgue et Grynfeld. — *Bull. Assoc. franc. pour l'étude du cancer*, 1912.

Femme de 31 ans. Pesanteur périnéale et rectalgie menstruelle.

A l'examen : on sent en arrière et à gauche une masse peu mobile.

Diagnostic : Ostéosarcome du pelvis.

Intervention : Voie trans-sacrée. Dissection de la tumeur à travers sa gaine rectale, qu'elle infiltre jusque dans le Douglas.

Guérison.

Obs. CXXVI à CXXIX. — Shaw et Addis. — Cas 1 à 4. — Adénomyomes recto-vaginaux. — *Journal of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, 1922, XXIX.

Les auteurs ont observé quatre cas d'adénomyomes recto-vaginaux, dont trois associés à des kystes goudron des ovaires. Ils ne relatent en détail qu'une observation.

Femme de 38 ans. Pas d'enfant. Dysménorrhée depuis un an. A l'examen, tumeur irrégulière, fixée, paraissant venir de l'utérus, emplissant le bassin, et dépassant le pubis de quatre travers de doigt.

Diagnostic : Fibromyome avec annexite.

Intervention : Laparotomie. La tumeur est une masse fi-

breuse de la paroi utérine. L'ovaire droit adhère à l'intestin au-dessus du détroit supérieur. L'ovaire gauche, gros comme une orange, est noyé dans des adhérences qui comblent le Douglas. Ablation difficile de l'utérus avec les annexes.

Examen des pièces : Trompes normales, le tissu de l'ovaire gauche est remplacé presque entièrement par une série de kystes contenant un liquide chocolat, de consistance goudronneuse. L'ovaire droit, plus petit, est formé de deux kystes semblables.

Microscopiquement : La paroi des kystes montre la structure de l'adénomyome : muscle lisse, cavités glandulaires limitées par un épithélium cubique qu'on ne peut distinguer de l'endomètre.

Obs. CXXX. — Shaw. — Adénomyome recto-cervical avec polypes vaginaux. — *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, 1925.

Femme de 38 ans. Deux enfants. Douleurs chroniques dans le dos et le côté gauche, surtout pendant les règles et les jours qui suivent.

A l'examen : Polype fibreux, gros comme une noix, sortant du canal cervical. Ablation du polype qui contient un large kyste (liquide clair filant). L'examen microscopique n'a pas été fait.

Quatre mois après, ablation d'un polype muqueux du col du volume d'une noix. On enlève en même temps dans le cul-de-sac postérieur une saillie grosse comme un pois, reposant sur une base indurée.

Microscopiquement, la saillie vaginale est un adénomyome typique.

Deux ans après, le fond du vagin est comblé par une masse de polypes muqueux insérés les uns sur le canal cervical, d'autres sur la paroi postérieure du museau de tanche, les au-

tres enfin sur le cul-de-sac postérieur. Ils ont un volume considérable (plus de 3 cm. de longueur), et le total de la masse représente le volume d'une orange.

Intervention : Ablation des polypes par voie vaginale, puis hystérectomie totale très difficile, car dans la paroi postérieure du col est un bloc gros comme une noix qui pénètre la paroi rectale.

Guérison.

Examen de la pièce : La tumeur a entièrement remplacé la paroi postérieure du col et fait saillie dans le canal cervical.

Microscopiquement : Adénomyome typique. Les polypes qui s'insèrent sur le museau de tanche et sur le vagin sont recouverts d'épithélium stratifié.

Obs. CXXXI. — H. Freund. — *Zentralblatt für Gyn.*, 1922.

Freund présente à la Société du Haut-Rhin, pour l'Obstétrique et la Gynécologie, une tumeur adénomateuse qui, partie du cul-de-sac de Douglas qu'elle comblait, avait envahi le rectum jusqu'à la sous-muqueuse.

L'extirpation par voie vaginale entraîna une petite plaie du rectum qu'on sutura immédiatement. Guérison.

L'auteur en conclue que l'intervention par voie abdominale n'est pas toujours une nécessité, et que la voie vaginale est suffisante dans certains cas.

Obs. CXXXII. — Lahm. — Cas 1. — Adénomyose utérine d'origine péritonéale. — *Zeitsch. für Geburts. und Gyn.*, 1922-23, LXXXV.

Grossesse au 3e mois. Sur le péritoine du cul-de-sac de Douglas on trouve des nodules opaques blanchâtres.

Microscopiquement, ces nodules sont composés de tissu

musculaire dans lequel sont incluses des cavités glandulaires entourées en partie de tissu cytogène, en partie de décidua.

Obs. CXXXIII. — Lahm. — Cas 2. — Adénomyose utérine d'origine péritonéale. — Lot. cit.

Utérus gravide avec myomes multiples. On intervient pour faire une myomectomie. Sur le péritoine du Douglas on remarque une infiltration avec éminences papillaires. Un examen extemporané conclue à adéno-carcinome. Hystérectomie totale.

Examen de la pièce : Myome qui présente à sa surface péritonéale, et là seulement, des cavités glandulaires avec réaction déciduale qui avaient fait croire au carcinome.

Obs. CXXXIV. — *Arch. Donald.* — Cas 1. — Adénomyome de l'espace recto-vaginal. — *Proc. of Roy. Soc. of Med.*, 1923.

Femme de 41 ans. Ni enfant, ni fausse couche. Règles douloureuses, surtout les deux premiers jours. Ménorragies, Leucorrhée.

A l'examen : Utérus rétroversé, peu mobile. Masse postérieure nodulcuse et sensible. Empâtement des culs-de-sac latéraux.

Diagnostic : Métrite chronique avec annexite ou adénomyome.

Intervention : Kystes de goudron adhérents des deux ovaires. Adénomyome recto-vaginal adhérent à l'utérus et au rectum. Hystérectomie totale avec ablation de la tumeur.

Guérison.

Examen des pièces : Adénomyome de l'espace recto-vaginal.

Obs. CXXXV. — *Arch. Donald.* — Cas 2. — Adénomyome de l'espace recto-vaginal. — Loc. cit.

Femme de 37 ans, 3 enfants, une fausse couche il y a 7 mois. Curetage il y a 2 ans. Défécation douloureuse surtout au moment des règles. Dyspareunie.

A l'examen : Dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur dure, arrondie, sensible, perçue également par le toucher rectal, du volume d'une noisette.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie. Utérus et ovaires d'apparence saine. Dissection et ablation de la tumeur qui adhère au rectum.

Guérison.

Examen de la pièce : Adénomyome recto-vaginal.

Obs. CXXXVI. — *Arch. Donald.* Cas 3. — Loc. cit.

Femme de 26 ans. Vives douleurs dans la fosse iliaque gauche pendant les deux jours qui précèdent les règles. Leucorrhée.

A l'examen : Dans le Douglas une tumeur irrégulière, dure, très sensible, adhère au col et au rectum. Empâtement bilatéral mal défini.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal avec annexite.

Intervention : Laparotomie. Kystes de goudron des deux ovaires. Décollement du rectum qui adhère à une tumeur occupant toute la face postérieure de l'isthme. Hystérectomie totale.

Suites opératoires : Fistule recto-vaginale qui se ferme au bout de 5 à 6 semaines. Guérison.

Examen des pièces : Adénomyome de l'espace recto-vaginal. Hyperplasie de l'endomètre.

Obs. CXXXVII. — *Arch. Donald.* Cas 4. — Loc. cit.

Femme de 42 ans. Une fausse couche il y a 8 ans. Pas d'enfant. Douleurs vives dans la fosse iliaque droite pendant toute la période menstruelle, surtout les deux premiers jours.

A l'examen : Dans le cul-de-sac postérieur, à droite de la ligne médiane, une masse diffuse. Ovaires gros et adhérents.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal et kystes goudron.

Intervention : Décollement du rectum qui adhère à la face postérieure de l'utérus. Ablation d'un nodule rectal gros comme un pois. Ablation des deux ovaires adhérents (kystes goudron).

Guérison.

Examen du nodule rectal : Adénomyome.

Obs. CXXXVIII. — Arch. Donald. — Cas 5. — Loc. cit.

Femme de 43 ans. Deux enfants, deux fausses couches. Douleurs les deux premiers jours des règles. Ménorragies profuses.

A l'examen : Utérus gros, rétroversé. Dans le Douglas une masse dure et infiltration bilatérale. Etat général précaire.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal et kystes goudron.

Intervention : Kystes goudron très adhérents des deux ovaires. Adhérence recto-utérine étendue et au-dessous une masse dure. Hystérectomie totale.

Guérison.

Examen des pièces : Adénomyome recto-vaginal.

Obs. CXXXIX. — Arch. Donald. Cas 6. — Loc. cit.

Femme de 43 ans. Un enfant, deux fausses couches (la dernière il y a 3 ans). Curetage il y a 7 mois. Métrorragie continue depuis 6 semaines.

A l'examen : Col très gros. Mobilité utérine diminuée.

Diagnostic : Métrite chronique.

Intervention : Libération d'une adhérence recto-utérine étendue. Hystérectomie totale. Ablation d'un nodule de la paroi rectale.

Guérison.

Examen de la pièce : Adénomyome recto-vaginal.

Obs. CXL. — Arch. Donald. Cas 7. — Loc. cit.

Femme de 47 ans. Pas d'enfant, trois fausses couches. Dysménorrhée douloureuse. Ablation d'un ovaire il y a 2 ans. A l'examen, masse nodulaire douloureuse dans le Douglas.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie. Hystérectomie totale avec dissection et ablation de la tumeur.

Guérison.

Examen des pièces : Adénomyome de l'utérus et de la paroi rectale.

Obs. CXLI. — Arch. Donald. — Cas 8. — Loc cit.

Femme de 41 ans. Trois enfants. Règles courtes et peu abondantes. Dyspareunie. A l'examen : col gros. Dans le Douglas un épaississement noduleux très sensible. Induration diffuse de chaque côté.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal et kystes goudron.

Intervention : Laparotomie. Dissection d'une adhérence recto-utérine étendue. Ablation d'un nodule de la paroi rectale. Hystérectomie totale avec ablation des annexes (kystes goudron très adhérents des deux ovaires).

Guérison.

Examen des pièces : Adénomyomes de l'utérus et des ovaires.

Obs. CXLII. — Arch. Donald. — Cas 9. — Loc. cit.

Femme de 39 ans. Ni enfant, ni fausse couche. Douleurs menstruelles commençant 3 ou 4 jours avant les règles. Leucorrhée. Dyspareunie.

A l'examen : Masse indurée, sensible, mal limitée au niveau du Douglas.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie. Utérus gros et globuleux avec épaississement des trompes et des ligaments ronds. Kystes goudron des deux ovaires. Douglas comblé par une masse rétro-utérine. Hystérectomie totale.

Guérison.

Examen de la pièce : Adénomyome recto-vaginal.

Obs. CXLIII. — Arch. Donald. — Cas 10. — Loc. cit.

Femme de 47 ans. Deux enfants. Dysménorrhée douloureuse (douleurs violentes les 2e et 3e jours). Ménorragies profuses. A l'examen : col gros, nodule recto-vaginal, induration diffuse du Douglas avec extension à gauche.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal ?

Intervention : Laparotomie. Kyste clair de l'ovaire droit, kyste goudron de l'ovaire gauche. Décollement du rectum très adhérent. Hystérectomie subtotale avec dissection et ablation du nodule recto-vaginal.

Guérison.

Examen des pièces : Adénomyome de l'utérus et des ovaires.

Obs. CXXLIV. — Arch. Donald. — Cas 11. Loc. cit.

Femme de 34 ans. Ni enfant, ni fausse couche. Douleurs pendant quatre jours au moment des règles (fosse iliaque droite). Ménorragies.

A l'examen : Rétroversion adhérente. Tumeur grosse comme une noisette dans l'espace recto-vaginal.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Laparotomie. Kystes goudron adhérents des deux ovaires. Hystérectomie totale avec dissection et ablation du nodule recto-vaginal. Plaie du rectum qu'on suture.

Guérison.

Examen des pièces : Adénomyome de l'espace recto-vaginal et des ovaires.

Obs. CXLV. — Arch. Donald. — Cas 12. — Loc. cit.

Femme de 37 ans. Trois enfants. Douleurs sacrées et rectales, surtout au moment des règles. Ménorragies. A l'examen : gros utérus irrégulier, en rétroversion adhérente. Sensibilité du cul-de-sac postérieur.

Diagnostic : Métrite chronique ou adénomyome.

Intervention : Laparotomie. Petits kystes goudron de l'ovaire gauche. Gros utérus globuleux, avec kystes adénomyomateux de la paroi postérieure. Rectum adhérent. Hystérectomie totale avec dissection de l'adénomyome recto-vaginal.

Guérison.

Examen des pièces : Adénomyomes de l'ovaire gauche, de l'espace recto-vaginal et de la paroi utérine postérieure.

Obs. CXLVI. — Arch. Donald. — Cas 13. — Loc. cit.

Femme de 34 ans. Ni enfant, ni fausse couche. Règles peu abondantes, accompagnées de douleurs hypogastriques. Dyspareunie. A l'examen : petit nodule dur de l'espace recto-vaginal.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Ablation d'un kyste clair de l'ovaire gauche.

Décollement du rectum adhérent à l'utérus. Dissection et ablation du nodule adénomyomateux. Guérison.

Examen des pièces : Adénomyomes de l'ovaire et de l'espace recto-vaginal.

Obs. CXLVII. — Arch. Donald. — Cas 14. — Loc. cit.

Femme de 41 ans. Ni enfant, ni fausse couche. Curettage il y a 2 ans. Douleurs iliaques et hypogastriques gauches avec paroxysmes. Pesanteur rectale.

A l'examen : Utérus légèrement rétroversé. Petits nodules du Douglas. Masse ronde de la paroi utérine antérieure.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention : Annexes d'apparence saine. Myomectomie d'un fibrome antérieur. Décollement du rectum adhérent. Dissection et ablation d'un nodule recto-vaginal.

Guérison.

Examen de la pièce : Adénomyome de l'espace recto-vaginal.

Obs. CXLVIII. — Arch. Donald. — Cas 15. — Loc. cit.

Femme de 23 ans. Douleurs hypogastriques très aiguës 3 jours avant les règles et le premier jour des règles. Ménorragies. Leucorrhée. A l'examen : sensibilité marquée et épaississement diffus du cul-de-sac postérieur. Sous anesthésie on perçoit une masse dans le Douglas et un empâtement des culs-de-sac latéraux.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal et gros ovaires.

Intervention : Kystes goudron des deux ovaires. Hystérectomie totale avec dissection recto-utérine et ablation d'un nodule recto-vaginal. Plaie du rectum qu'on suture.

Guérison.

Examen des pièces : Cas douteux. L'examen histologique ne montre pas d'adénomyome net.

Obs. CXLIX. — Clare. — Cas 1. — Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire*, 1923.

Femme de 49 ans, opérée en 1920 pour stricture maligne du cæcum. Pendant 2 ans, état parfait ; mentruation normale. Pas d'enfant.

En 1922, douleurs pelviennes, constipation, parfois hémorragie rectale.

A l'examen : Le toucher vaginal montre un col fixé avec épaississement dense de chaque côté de l'utérus qui est augmenté de volume. Le toucher rectal montre une masse arrondie saillante ; muqueuse rectale non ulcérée.

Intervention : Laparotomie. Utérus et rectum fusionnés par un tissu dense d'apparence fibreuse. On trouve dans la paroi rectale une masse qui fixe le rectum et s'étend latéralement à quelque distance sans intéresser les uretères. Hystérectomie totale sans lésion du rectum. Anus iliaque gauche en prévision d'une amputation ultérieure du rectum au cas où la tumeur serait maligne.

Microscopiquement : L'examen de coupes de la paroi cervicale postérieure fait d'abord penser à un épithélioma cylindrique, mais une étude plus approfondie fait conclure à adénomyome, car les acini glandulaires sont limités par une rangée unique de cellules cylindriques et le stroma a l'apparence de tissu fibromyomateux.

Radiumthérapie : Deux mois après, plus de douleurs, très bon état général. La masse rectale est toujours là, mais on distingue une zone nette de résorption autour du point où on a mis le radium.

Obs. CL. — Clare. — Cas 2. — Loc. cit.

Femme de 40 ans. Un enfant de 12 ans. Dysménorrhée très douloureuse depuis longtemps. Curetage il y a quelques années.

A l'examen : le toucher vaginal montre dans le septum recto-vaginal une masse aussi grosse que la lèvre postérieure du col. Au spéculum on voit un petit polype du cul-de-sac postérieur.

Intervention : Voie vaginale. Incision en arrière du col et excision d'une masse du volume d'une noisette.

Microscopiquement : Stroma fibro-musculaire. Nombreux acini à épithélium cylindrique simple.

Suites : Patiente non améliorée. On fera une hystérectomie.

Obs. CLI. — Clare. — Cas 3. — Loc. cit.

Nulipare de 27 ans. Dysménorrhée et ménorragies.

Au toucher on sent un petit noyau en arrière du col.

Diagnostic : Adénomyome.

Intervention : Voie vaginale. Excision du noyau.

Microscopiquement : Tissu fibro-musculaire contenant un petit kyste à épithélium aplati.

Suites : Patiente soulagée.

Obs. CLII. — Lochrane. — Cas 1. — Adénomyome du septum recto-vaginal avec réaction déciduale. — *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, 1923.

Femme de 33 ans, enceinte de 3 mois (première grossesse). N'a jamais eu de dysménorrhée. Depuis 15 ou 18 mois se plaint de pesanteur rectale à la défécation. Il y a un an, a eu une crise de sub-obstruction avec sang dans les selles.

A l'examen : Dans le cul-de-sac postérieur et le septum recto-vaginal, une tumeur multilobée, irrégulière, sans connexion avec l'utérus dont elle est distante de 1 cm. Le plus

gros lobule paraît kystique et fait saillie dans le rectum. Petit polype de l'orifice externe du col.

Microscopiquement : Adénomyome avec réaction déciduale.

Obs. CLIII. — Lochrane. — Cas 2. — D'après le résumé de Michon et Comte.

Grossesse en évolution. Petite tumeur de l'espace recto-vaginal. Ablation de la tumeur par voie vaginale.

Histologiquement : Adénomyome typique avec réaction déciduale.

Obs. CLIV. — Spencer. — Cas 1. — Adénomyome du vagin simulant un cancer du col. — *Proc. of Roy. Soc. of Med.*, janvier 1923.

Femme de 54 ans. Deux enfants. Une fausse couche. Réglée à 15 ans. La menstruation a toujours été irrégulière (4 à 6 semaines d'intervalle), durant 3 à 4 jours. Ménopause depuis 6 ans.

Depuis 9 mois, hémorragies vaginales intermittentes (sang très noir avec caillots), suivies de pertes légèrement colorées. Ni douleurs, ni troubles de la miction. Mauvais état général.

A l'examen : Masse irrégulière, friable, emplissant presque le vagin et donnant exactement l'impression d'un cancer végétant du col.

On décide d'enlever la tumeur par voie vaginale pour faire ensuite une hystérectomie totale élargie. Mais en enlevant la tumeur on voit qu'elle s'insère largement sur la paroi vaginale en avant et à gauche du col. Celui-ci est normal, à part deux petits polypes muqueux. Pas d'infiltration sous-jacente.

Biopsie : Tumeur bénigne. Surface couverte d'une rangée d'épithélium cylindrique. Dans un stroma fibro-musculaire on voit disséminées des glandes à épithélium cylindrique sim-

ple. Légère infiltration de cellules rondes. Quelques hémorragies (trauma opératoire ?). Les glandes sont tantôt simples, tubulées, et tantôt contournées, presque remplies de saillies papillaires ; mais l'épithélium garde sa disposition régulière et il n'y a pas pénétration de la basale.

Curiethérapie : 3,90 milligr. de radium émanation pendant 25 heures. Huit jours après, la tumeur a diminué. A un examen pratiqué 22 mois plus tard on trouve utérus et vagin parfaitement sains.

Obs. CLV. — Spencer. — Cas 2. — Adénomyome recto-utérin. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, mai 1923.

Femme vierge. Dysménorrhée sévère.

Laparotomie. On trouve un adénomyome recto-utérin. Hystérectomie subtotale totalisée en enlevant d'un seul bloc le col et la tumeur qui adhère au rectum. On laisse les ovaires qui paraissent sains.

Neuf ans plus tard la patiente est en parfait état.

Obs. CLVI. — Spencer. — Cas 3. — Adénomyome de toute la surface postérieure de l'utérus. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, mai 1923.

Hystérectomie vaginale avec ablation des ovaires pour kystes ovariens et adénomyome de toute la surface postérieure de l'utérus.

Il semblait dans ce cas que les kystes rompus avaient donné naissance à l'adénomyome. L'origine muqueuse pouvait être exclue car les coupes montraient que la tumeur venait de la surface péritonéale.

Obs. CLVII. — H. Williamson. — Cas 1. — Adénomyome recto-vaginal. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, XVI, mai 1923.

Femme de 37 ans. Il y a trois ans a commencé à souffrir de douleurs pelviennes. On a trouvé un nodule du volume d'une grosse noix, situé à la face postéro-latérale droite du col, s'étendant à la base du ligament large droit, et adhérent à la paroi rectale antérieure.

Deux ans plus tard les douleurs sont devenues plus violentes. On trouve que la tumeur a grossi considérablement.

Intervention : Laparotomie. Hystérectomie totale. La tumeur est si adhérente à la paroi rectale antérieure qu'on ne fait qu'une ablation incomplète.

Suites opératoires : Un an après la malade se plaint de ténesme rectal violent ; la défécation est pénible. A l'examen on trouve une masse dure, sensible, du volume d'un œuf de pigeon, située dans le septum recto-vaginal, fixée aux parois vaginale et rectale, et ayant envahi les deux ligaments utéro-sacrés.

Biopsie : Espaces glandulaires dilatés dans un stroma cytogène.

Curiéthérapie : On place dans la tumeur un tube d'émanation équivalent à 100 m. gr. de radium métal et qu'on laisse 36 heures.

Six semaines après, la tumeur a diminué de moitié. On place pendant 24 heures un nouveau tube d'émanation équivalent à 95 m. gr. de radium métal.

Six semaines après cette nouvelle application il n'y a plus trace de tumeur, mais un simple épaississement. Plus de douleur, ni de difficulté de défécation.

Depuis cette époque la patiente est restée en bonne santé.

Obs. CLVIII. — H. Williamson. — Cas 2. — Loc. cit.

Femme de 32 ans. Menstruation normale jusqu'en mars 1922. A ce moment, le dernier jour des règles, elle est prise de douleurs violentes dans la jambe droite. Rétrocession au bout d'une semaine. Ces troubles se renouvellent à chaque période pendant 7 mois. Au bout de ce temps l'examen révèle dans le cul-de-sac postérieur une masse irrégulière, dure, saignant au contact, et située partie sur la paroi vaginale, partie sur le col. Muqueuse vaginale adhérente. Masse intimement fixée à l'utérus. Induration des ligaments larges et utéro-sacrés. Le nodule fait saillie dans le rectum ; la muqueuse rectale est adhérente, mais non ulcérée.

Biopsie : Stroma fibreux contenant des glandes semblables aux glandes utérines, et des cavités kystiques limitées par un épithélium.

Radiothérapie : Rayons durs. Doses de 8 H. sur l'hypogastre et sur la région sacrée à un jour d'intervalle. Cessation des règles et disparition des douleurs.

Quatre mois après des doses de 11 H. sont appliquées sur 7 zones du bas-ventre et du dos.

On revoit la patiente après un nouveau délai de 4 mois : Utérus bien mobile. Plus de trace de tumeur, mais seulement une cicatrice plissée de la paroi vaginale. Par le toucher rectal simple épaississement sur lequel la muqueuse rectale glisse parfaitement. Très légère induration du tissu cellulaire pelvien. Bon état général. Quelques troubles dus à la ménopause artificielle.

Obs. CLIX. — Russel Andrews. — Adénomyome des ligaments utéro-sacrés. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, 1923.

Dans une intervention pratiquée il y a trois ans on a enlevé un kyste hématique de l'ovaire gauche très adhérent, et tenté l'ablation d'une masse noduleuse de l'espace recto-vaginal. On a enlevé trois nodules, mais laissé un peu de tissu induré.

La patiente se plaint de violentes douleurs. A l'examen on trouve un adénomyome des ligaments utéro-sacrés et de la base des ligaments larges.

Curiethérapie : Les douleurs disparaissent et les nodules diminuent de volume. L'état général s'améliore. Six mois après la malade est toujours en très bon état, mais on trouve une induration très marquée du rectum.

Obs. CLX. — Westman. — Adénomyométrite cervicale d'origine séreuse coexistant avec un carcinome utérin. — *Archiv. für Gyn.*, 1922-23, CXVI.

L'examen anatomo-pathologique montre un utérus petit. Sur la paroi postérieure se trouvent des plaques blanchâtres, légèrement surélevées. Sur la paroi antérieure une tumeur très dure de la grosseur d'une pomme.

L'étude microscopique d'un fragment du col montre des glandes cervicales nombreuses bien conservées, et un carcinome d'épithélium aplati. En outre, à la surface postérieure, une adénomyométrite d'origine séreuse absolument indépendante du carcinome.

Obs. CLXI. — Pinksohn. — *Zentralblatt. für Gyn.*, 1923

Femme de 37 ans, nullipare, entre à l'hôpital en mars 1917. Soignée à 22 ans pour métrite. Il y a 3 ans on a reconnu chez elle une rétroflexion utérine.

Menstruation régulière, durant trois ou quatre jours, mais douloureuse, s'accompagnant de tiraillements lombaires, pesanteur pelvienne et diarrhée.

Intervention : le 9 mars 1917, pour kyste du volume d'un œuf. On trouve en outre dans le Douglas un noyau néoplasique sous-péritonéal, gros comme une noisette, adhérent à la paroi rectale. C'est probablement cette tumeur qui avait fait croire

autrefois à une rétroflexion de l'utérus. Extirpation ; péritonisation.

Examen des pièces : Histologiquement la tumeur ovarienne se présente comme une cavité d'abcès. Sa paroi présente de nombreuses granulations, des cellules pigmentaires et est partiellement tapissée d'épithélium. En un point on trouve une glande. Il s'agit donc vraisemblablement d'un petit kystome secondairement infecté. Le noyau du Douglas est un fibromyome simple encapsulé, sans formation épithéliale.

Cinq ans plus tard : La malade revient se plaignant de douleurs lombaires, douleurs à la défécation ; ses règles, qui venaient autrefois tous les 25 ou 28 jours, viennent maintenant tous les 20 ou 25 jours.

A l'examen on trouve dans le cul-de-sac postérieur une tumeur dure, mal limitée, grosse comme une noix. A ce niveau, la muqueuse vaginale est fixée et plissée.

Diagnostic : Adénomyosis recto-vaginale.

Intervention : Extirpation de la tumeur avec résection de la muqueuse vaginale qui lui adhère. Les connexions avec la paroi postérieure du col sont sectionnées franchement. Pas d'adhérence au rectum.

L'examen histologique confirme le diagnostic clinique : Un tissu fondamental fibro-musculaire, dans lequel sont disséminées des glandes entourées d'un stroma de cellules fusiformes. La muqueuse vaginale, infectée, présente des invaginations profondes sans aucune connexion avec les formations glandulaires.

Obs. CLXII. — Carey Culbertson. — Kyste endométrial de l'ovaire droit avec adénomyome du cul-de-sac de Douglas. — Chicago Gyn. Society, in *Surg. Gyn. and Obst.*, 1924, XXXIX.

Jeune femme mariée quatre ans. Ni enfant, ni fausse couche. Dysménorrhée, mais menstruation régulière. Douleurs dans

le bas-ventre, surtout à droite. Pas d'induration pelvienne. Une dilatation suivie de curettage n'a amené aucune amélioration.

Intervention : Laparotomie. Kyste hémorragique rompu de l'ovaire droit, adhérent au ligament utéro-sacré. Les deux ligaments utéro-sacrés sont infiltrés. La surface du bas fond du Douglas est tapissée d'une membrane épaisse, qu'on peut enlever au doigt ou à la compresse en ne provoquant qu'un léger suintement sanguin. A la trompe gauche, l'hydatide de Morgagni adhère à la membrane du Douglas. Pas d'adénomyome utérin.

On pratique l'ablation du kyste ovarien, de l'hydatide de Morgagni, des membranes du Douglas et de l'appendice.

Examen microscopique : Le kyste, les membranes du Douglas, l'hydatide montrent un endométriome typique.

Donc implantation secondaire à la rupture du kyste dans le Douglas, intéressant la paroi rectale antérieure.

Obs. CLXIII. — Herly. — Cas 1. —Adénomyome de la cloison recto-vaginale. Association avec la grossesse. Curiethérapie. Récidive apparente. — *Surgery. Gyn, and Obst.*, 1924, vol. XXXIX.

Femme de 30 ans. Un enfant il y a 6 ans (forceps). Une fausse couche de 2 mois il y a 5 ans. Début de la maladie il y a 2 ans par des douleurs au coït, et une fois la patiente a noté un écoulement vaginal de sang rouge immédiatement après les rapports sexuels. Dans la suite, dans l'intervalle de deux périodes, elle a eu un écoulement vaginal brunâtre, mélangé à du sang rouge. Un chirurgien consulté perçoit un nodule dans la paroi vaginale postérieure et applique un tamponnement : le sang diminue, mais les pertes brunes continuent. En outre, douleurs à la fatigue et à la défécation (parfois très violentes).

A l'examen, on trouve un petit nodule en arrière et à droite

du col, environ 1 cm. de diamètre, irrégulier, très sensible, saignant facilement. Le toucher rectal très douloureux, montre que la muqueuse rectale, non envahie, glisse facilement sur la masse.

Au spéculum, le nodule se montre formé d'une série d'excroissances papillomateuses bleu-rougeâtre, qui ont perforé la muqueuse vaginale sur 0 cm. 5.

Quelque temps après, on constate qu'un nouveau nodule plus petit a perforé la muqueuse vaginale en arrière et à gauche du col.

Intervention (1918) par voie vaginale. Ablation incomplète de la tumeur à cause des adhérences rectales.

Examen microscopique : Kystes limités par un épithélium cylindrique entouré d'un stroma cellulaire, et contenant des globules rouges à différents stades de dégénérescence. Quelques cavités kystiques contiennent une éminence arrondie, que certains auteurs ont considérée comme des pseudo-glomérules. Muscle lisse. Tissu fibreux. Ilots de stroma cellulaire sans présence de glandes.

Suites opératoires : L'écoulement de sang cesse, mais persistance de douleurs violentes.

En janvier 1920, curiethérapie : aucune amélioration.

En avril 1920, tubes de radium dans les nodules : les douleurs diminuent, sans cesser complètement. Les nodules disparaissent un mois après.

A l'automne 1920, récidive des nodules in situ, sang, douleur.

Puis survient une grossesse. En raison de la réactivation nette qu'elle exerce sur la tumeur, on pratique un avortement thérapeutique au 3e mois. Puis de nouveau tubes de radium dans la tumeur : disparition rapide.

Nouvelle grossesse menée jusqu'à terme. Césarienne (bassin rétréci).

Trois ans plus tard aucun symptôme d'adénomyome ; pas de nodule.

Obs. CLXIV. — Herly. — Cas 2. — Loc. cit.

L'auteur a vu un autre cas d'adénomyome recto-vaginal apparu après une application de forceps qui avait entraîné une déchirure du périnée et de la paroi vaginale postérieure.

Obs. CLXV. — Ulesco-Stroganowa. — Développement de tissu décidual dans le vagin pendant la grossesse. — *Zentr. für. Gyn.*, 1924.

Femme de 44 ans. Deux accouchements il y a 19 et 7 ans. Quatre fausses couches provoquées. Se plaint d'anémie, aménorrhée depuis 3 mois et douleurs dans la région rectale.

A l'examen, outre une grossesse de 2 mois et demi, on trouve dans la paroi vaginale postérieure une infiltration dure, un peu sensible. Au spéculum, on voit dans le cul-de-sac vaginal postérieur des formations rouge-sombre du volume d'un pois.

Biopsie : Au-dessous de l'épithélium aplati, stratifié, on trouve un tissu décidual typique (grosses cellules ellipsoïdes à noyau arrondi et à protoplasma homogène. Infiltration de cellules rondes. Vaisseaux gorgés de sang). Des cavités glandulaires disséminées contiennent du sang et sont tapissées d'un épithélium cubique ou cylindrique.

Obs. CLXVI. — Schiller. — Adénofibrose du Douglas et de l'ovaire. — *Geburts. gyn. Gesells. in Wien.*, 9 déc. 1924.

Femme de 48 ans. Prolapsus, rectocèle, tuberculose péritonéale. Hystérectomie. En même temps on excise un nodule du cul-de-sac vaginal postérieur.

Microscopiquement : Le nodule enlevé siège dans la sous-séreuse. Il montre des cavités glandulaires et kystiques tapissées d'un épithélium de hauteur variable, présentant tous les intermédiaires entre l'épithélium aplati et l'épithélium cylindrique. Le stroma sous-jacent est d'autant plus cytogène qu'il

correspond à un épithélium plus élevé. Dans une même cavité on trouve de grandes différences de hauteur d'épithélium, ce qui montre qu'on est en présence non d'un épithélium cylindrique aplati par la pression interne, mais bien d'un épithélium primitivement aplati, hypertrophié de façon variable.

Des inclusions endométrioïdes dans l'albuginée de l'ovaire montrent de semblables différences dans la hauteur des cellules épithéliales.

Obs. CLXVII. — Linden. — Cas 1. — Kystes de chocolat bilatéraux avec hypertrophies épithéliales hétérotopiques multiples sur la séreuse du petit bassin.

Femme bien constituée, se plaint de stérilité et de règles douloureuses. Réglée à 15 ans. Menstruations régulières, durant 3 à 4 jours, très abondantes et toujours douloureuses.

A l'examen : Utérus en antéversion et antéflexion, remontant à mi-distance de la ligne ombilico-pubienne, dur. Masse annexielle gauche du volume d'une orange.

Diagnostic : Utérus myomateux, kyste du corps jaune à gauche.

Intervention : Incision de Pfannenstiel. Le Douglas est comblé par deux kystes brunâtres du volume d'une orange. Le péritoine antérieur est couvert de petits kystes chocolat, gros comme une tête d'épingle.

Après décollement des kystes ovariens on décolle très difficilement le rectum de l'utérus. Hystérectomie totale.

Examen des pièces : Deux kystes ovariens renfermant un liquide chocolat. Utérus long de 12 cm. Le péritoine du fond est tapissé d'une sorte de gazon bleu-rougeâtre. La paroi postérieure de l'utérus est infiltrée de petits kystes qui lui donnent un aspect vermoulu, et dans sa portion inférieure la surface est fortement ravinée.

Microscopiquement : Les kystes ovariens sont constitués par un épithélium cylindrique entouré d'un tissu cytogène.

La zone de la paroi postérieure qui avait un aspect vermoulu se montre infiltrée de glandes isolées ou en amas, avec parfois des dilatations kystiques. Dans les plus petites, l'épithélium est cylindrique, dans les plus grandes plutôt cubiques, parfois même aplati. Les tubes glandulaires sont entourés d'un tissu lâche, infiltré de sang. Les lumières contiennent également du sang.

La couche qui recouvre le fond utérin est composée de glandes tubuleuses entourées d'un tissu cytogène. Certaines s'enfoncent dans la profondeur à travers les interstices musculaires et entrent en communication avec les îlots profonds.

Obs. CLXVIII. — Linden. — Cas 2

Femme de 35 ans. Un enfant. Depuis son accouchement, se plaint de règles douloureuses. A l'examen, on trouve les annexes augmentées de volume des deux côtés. A l'opération, on constate des lésions de pelvi-péritonite, des kystes de chocolat bilatéraux, une adénomyose de l'utérus, du col et du paramètre.

Obs. CLXIX. — Linden. — Cas 3

Femme de 34 ans. Une fausse couche. Troubles vésicaux et règles douloureuses. A l'examen, on trouve une myomatose de l'utérus avec salpingite. L'intervention montre des lésions de pelvipéritonite, des kystes de chocolat bilatéraux et une adénomyose de l'utérus et du rectum.

Obs. CLXX. — Linden. — Cas 4

Femme de 41 ans, sans enfant. Depuis trois ans, dysménorrhée avec ménorragies. L'examen montre un utérus myoma-

teux. A l'intervention, on trouve des lésions de pelvipéritonite, des kystes de chocolat bilatéraux et une adénomyose du col.

Obs. CLXXI. — Linden. — Cas 5

Femme de 38 ans, sans enfant. Depuis quelques années, dysménorrhée avec ménorragies. Utérus fixé en rétroversion. L'opération montre des lésions de pelvi-pritonite, des kystes de chocolat bilatéraux, une adénomyose de l'utérus et du col.

Obs. CLXXII. — Lauche. — Cas 1. — Remarques sur les images déciduales dans le vagin. — *Zentr. für Gyn.*, 1924.

Femme de 40 ans. Utérus myomateux. Douleurs à la défécation. Hémorragies rectales à l'occasion de la menstruation.

On fait une rectoscopie peu après les règles : sur la paroi rectale antérieure on voit une zone large comme un pfennig, saignant légèrement, et ayant l'aspect du lupus hypertrophique. Quelques jours après tout avait disparu.

Intervention : Fibro-adénomatose du Douglas s'étendant jusque sous la muqueuse rectale, et rendant nécessaire la résection de 10 cm. d'intestin.

Histologiquement : Adénomyome.

Obs. CLXXIII. — Lauche. — Cas 2. — Loc. cit.

Femme de 32 ans. Un enfant il y a 8 ans. Pas de fausse couche. Depuis quelque temps règles douloureuses.

Dans la paroi vaginale postérieure on trouve une tumeur bleu-rougeâtre qui, peu avant la menstruation, était deux fois plus volumineuse qu'au moment de l'intervention.

Obs. CLXXIV. — Lauche. — Cas 3. — Loc. cit.

Femme de 26 ans, mariée depuis 6 ans. Ni enfant, ni fausse couche. Il y a 3 ans on a trouvé une tumeur ovarienne gauche (probablement kyste du corps jaune). Actuellement, dans la paroi vaginale postérieure, une néoformation compacte, du volume d'un haricot. Muqueuse intacte.

Biopsie : Fibro-adénomatose typique avec pigments dans le stroma.

Obs. CLXXV. — F. Iven. — *Journ. Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, 1925.

Femme de 32 ans. Deux épisodes abdominaux aigus dans l'enfance. Ménorragies.

A l'examen : Utérus gros, rétroversé, adhérent au rectum par l'intermédiaire d'une masse diffuse.

Intervention : Hystérectomie. Au fond du Douglas est un nodule sous-péritonéal à contenu goudron.

Guérison.

Microscopiquement : Adénomyome.

Obs. CLXXVI et CLXXVII. — Nystrom. — Cas 1 et 2 (d'après Michon et Comte).

Femmes âgées respectivement de 35 et 54 ans.

Volumineuses tumeurs du cul-de-sac postérieur, adhérentes aux tissus voisins.

Obs. CLXXVIII. — Heim. — Cas 1. — Adénofibrose recto-vaginale. — *Zentr. für Gyn.*, 1925, n° 31.

Femme de 43 ans, réglée à 14 ans. Menstruation régulière, non douloureuse, durant 8 jours. Trois accouchements. Deux fausses couches apyrétiques.

A partir de 1918, pertes gonococciques, douleurs lombaires, règles plus abondantes et douloureuses. Dans l'intervalle des règles, parfois douleurs abdominales. Aucun trouble de la miction ni de la défécation.

A l'examen : Femme bien constituée. Utérus de volume normal, en rétroversion fixée. Dans le Douglas, une nodosité dure, très sensible, du volume d'une noix. Annexes saines. Léger rectocèle. Au toucher rectal on sent la tumeur, mais la muqueuse rectale est saine.

Diagnostic : Métrite gonococcique. Adénomyosite recto-vaginale.

Intervention : Laparotomie. Annexes un peu adhérentes, mais indemnes d'inflammation récente. Profondément dans le Douglas on voit une nodosité d'apparence fibreuse, enclavée entre le rectum d'une part, vagin et utérus d'autre part, et s'étendant jusqu'au paramètre droit. Hystérectomie totale avec ablation des annexes. On décolle difficilement la région cervicale et on enlève le nodule au bistouri, en dénudant la musculeuse rectale (suture immédiate). Dissection de l'uretère droit jusqu'auprès de la vessie. Ablation d'une portion de paroi vaginale. Péritonisation.

Suites opératoires : Guérison opératoire. Malade revue 6 semaines après : rien au toucher vaginal. Au toucher rectal on trouve dans le paramètre droit un épaississement diffus non sensible.

Microscopiquement :

a) *Coupe du cul-de-sac vaginal postérieur.* Epithélium vaginal intact. Tunique propre sous-jacente, infiltrée de gros amas leucocytaires. Au-dessous, au milieu de tissu conjonctif, on trouve des formations tubulaires limitées par un épithélium cylindrique, et entourées d'un stroma abondant parcouru de petits capillaires, mais sans hémorragies. Çà et là des cavités kystiques tapissées d'un épithélium cubique ou aplati, et entourées d'une mince couche de stroma contenant quelques foyers hémorragiques.

b) *Coupe du nodule :* Pas de péritoine. Muscle lisse et tissu conjonctif dans lequel on reconnaît des formations kystiques identiques à celles ci-dessus signalées, mais leur contenu est fortement hémorragique, et le stroma périphérique contient des foyers hémorragiques. En outre, formations tubulaires présentant des dilatations, évaginations, contorsions. Peu de leucocytes. Ni pigments, ni amas de cellules rondes.

c) *Ovaires :* Pas d'hématomes kystiques ; pas d'endométriome.

d) *Utérus :* Muqueuse cervicale épaissie, en partie en dégénérescence kystique. Muqueuse du corps fortement épaissie, avec des glandes serrées et contournées comme à la phase prémenstruelle.

Petit myome sous-muqueux du corps. La limite entre la muqueuse et la musculeuse est irrégulière, des bourgeons de muqueuse pénétrant souvent dans la profondeur, à une petite distance.

Obs. CLXIX. — Heim. — Cas 2. — Adénofibrose recto-vaginale. Loc. cit.

Femme de 42 ans. Réglée à 14 ans. Menstruation régulière, d'abondance moyenne, durant 4 à 5 jours, non douloureuse. En 1918, néphrectomie gauche pour tuberculose rénale. Plus tard, gonorrhée, fausse couche, puis douleurs abdominales et lombaires. En 1919, ablation des annexes gauches et hystéropexie. Elle continue à souffrir. En 1921, hystérectomie supravaginale avec ablation de la trompe droite ; pas de trace d'adénomyosite.

Six mois après, la malade accuse de l'incontinence d'urine, des douleurs des cuisses, des douleurs rectales, une constipation opiniâtre. Elle conserve des règles très faibles qui sont suivies de fortes douleurs.

A l'examen : Malade pâle et amaigrie. Dans le cul-de-sac

gauche on trouve une infiltration étendue de la partie supérieure de la paroi vaginale. On pense à des lésions inflammatoires post-opératoires.

Revoyant la patiente environ deux mois plus tard, on trouve derrière le col une résistance sensible, allongée, s'étendant à gauche jusqu'au rectum qu'elle comprime.

Diagnostic : Adénomyosite recto-vaginale ou tumeur maligne.

Intervention . Laparotomie. En arrière du moignon cervical on voit une masse du volume d'un œuf de poule, comprimant le rectum, et lui adhérant si intimement qu'on pense plutôt à une tumeur maligne. Excision du col, puis ablation de la tumeur avec un segment rectal long de 12 cm. Anus iliaque gauche.

Examen de la pièce : La tumeur, nacrée, d'aspect cicatriciel, s'étend jusqu'à la muqueuse rectale. La musculeuse rectale est épaissie irrégulièrement.

Microscopiquement :

a) *Nodule réiro-cervical :* Epithélium vaginal intact. Au-dessous de lui on voit du muscle lisse avec de l'épithélium hétérotopique, d'autant plus abondant qu'on s'enfonce plus dans la profondeur. Quelques kystes sont tapissés d'un épithélium moins élevé et contiennent une sécrétion finement alvéolaire, incolore, avec peu de leucocytes. Hémorragies récentes dans le stroma (traumatisme opératoire ?). Pigments sanguins inter et intra-cellulaires.

b) *Nodule rectal :* Muqueuse et sous-muqueuse intactes. Ce n'est que dans la couche musculaire circulaire qu'on trouve les premiers éléments épithéliaux. Plus de stroma que de tubes épithéliaux. La couche longitudinale contient des formations endométrioïdes plus nombreuses en îlots. Pas d'hémorragies. Çà et là, dans le stroma et à son voisinage immédiat, on voit des pigments sanguins granuleux.

Obs. CLXXX. — Michon et Comte. — Cas 1. — *Journal de Chir.*, avril 1926.

Métrorragies. L'examen révèle outre l'existence d'un fibrome, un nodule gros comme une amande, situé dans la cloison recto-vaginale, perçu par le toucher rectal.

Diagnostic : Adénomyome de la cloison recto-vaginale.

Intervention : Laparotomie. Hystérectomie totale. Il reste encore le nodule perçu dans la cloison recto-vaginale. On en prélève un fragment.

Guérison.

Examen des pièces : L'utérus est fibromateux. Le fragment du nodule est histologiquement un adénomyome typique.

Obs. CLXXXI. — Michon et Comte. — Cas 2

Femme de 40 ans. Dysménorrhée douloureuse que la malade fait remonter à une fausse couche ancienne, et qui s'est accentuée progressivement.

A l'examen, les deux ovaires sont augmentés de volume. Infiltration de l'espace recto-vaginal.

Diagnostic : Adénomyome de la cloison recto-vaginale.

Intervention : Ovaires polykystiques et très adhérents. Utérus un peu gros et portant deux novaux fibromateux. La face postérieure de l'isthme offre une résistance noueuse particulière. Nodule dur dans les ligaments utéro-sacrés. Libération du col qui adhère au rectum, en sectionnant un tissu qui présente la structure typique de l'adénomyome. A ce niveau, la muqueuse rectale mise à nu est enfouie aussitôt. Hystérectomie totale.

Guérison.

L'examen histologique des ovaires n'a pas été fait (endométriomes probables).

Obs. CLXXXII. — Michon et Comte. — Cas 3

Femme de 45 ans. Métrorragies.

On perçoit au niveau du cul-de-sac postérieur, à l'union du col et du vagin, une tumeur grosse comme une noix, aplatie, granuleuse, qui adhère au rectum.

Diagnostic : Adénomyome de la cloison recto-vaginale.

Intervention : La tumeur soulève le péritoine du Douglas depuis le col jusqu'au rectum, auquel elle adhère. Hystérectomie totale. On n'enlève qu'incomplètement la tumeur recto-vaginale de crainte d'ouvrir la lumière rectale, car l'adénomyome va jusqu'à la muqueuse. Sur l'utérus, endométrite hypertrophique avec multiples polypes muqueux.

Guérison.

Obs. CLXXXIII. — Michon et Comte. — Cas 4

Femme de 39 ans, célibataire. Métrorragies modérées et dysménorrhée violente depuis plusieurs années. Défécation douloureuse.

A l'examen : Volumineuse masse fibromateuse à noyaux multiples, remontant à l'ombilic. Le Douglas est comblé par des masses multiples, dures, indolores, rappelant le phlegmon. La muqueuse rectale paraît amincie dans la partie la plus saillante du bloc pelvien, mais elle glisse parfaitement à ce niveau.

Diagnostic : Fibromes utérins avec lésions annexielles chroniques.

Intervention : Laparotomie. Trompe droite fermée, adhérente. Hématome de l'ovaire droit. Utérus fixé portant des fibromes multiples. Hystérectomie subtotale difficile. La face postérieure de l'isthme se continue avec une masse difficile à délimiter latéralement, du volume d'une mandarine, aplatie et étalée sous le péritoine du Douglas, à consistance fibroma-

teuse, n'ayant en aucune façon la friabilité spéciale de l'infiltration cancéreuse.

Une tentative de clivage du côté du rectum amène au contact immédiat de la muqueuse. On renonce à l'ablation de la tumeur.

Suites opératoires : Guérison. Par la suite, la malade s'est mariée. Revue 5 ans plus tard : le col est parfaitement mobile. Il n'y a plus trace de la masse recto-vaginale constatée à l'intervention.

Obs. CLXXXIV. — Michon et Comte. — Cas 5

Femme de 42 ans. Ménorragies et dysménorrhée vive.

A l'examen : Gros utérus dur, fixé en arrière au niveau de l'isthme.

Diagnostic : Métrite hypertrophique de la ménopause avec annexites chroniques adhérentes.

Intervention : Gros utérus dur, sans lésions annexielles. A la face postérieure de l'isthme existe un bloc d'adénomyome infiltrant les ligaments utéro-sacrés à leur insertion utérine. A ce niveau, le péritoine est rétracté, comme « froncé ». Hystérectomie totale facile.

Guérison.

Obs. CLXXXV. — Michon et Comte. — Cas 6

Femme de 41 ans. Une grossesse il y a 17 ans. Une fausse couche deux ans plus tard. Ménorragies et douleurs violentes du bas-ventre pendant la quinzaine précédant les règles.

A l'examen : Utérus volumineux portant un fibrome de la corne droite. En arrière du col le cul-de-sac est empâté et douloureux.

Intervention : On trouve un fibrome de la corne droite du volume d'une mandarine et un adénomyome recto-vaginal du

volume d'une noix, aplati, soulevant et fronçant le péritoine du Douglas. Subtotale passant au-dessus de l'adénomyome. Conservation d'un ovaire.

Suites : Guérison. Disparition des douleurs. La tumeur disparaît progressivement en 6 mois.

Obs. CLXXXVI. — Michon et Comte. — Cas 7.

Femme de 34 ans. Accouchement il y a 8 ans. Depuis 10 mois dysménorrhée douloureuse extrêmement violente. Pas de douleurs dans l'intervalle des règles.

A l'examen : Utérus petit, rétrofléchi. Vagues masses postérieures bilatérales, plus sailliantes à droite.

Diagnostic : Annexites chroniques adhérentes.

Intervention : Utérus rétroversé, adhérent, avec annexite gauche. Subtotale avec conservation de l'ovaire droit. Sous le péritoine du Douglas on laisse un nodule en galet, mal limité, adhérent à la face postérieure de l'isthme et au rectum qu'il envahit jusqu'à la muqueuse. On le sectionne prudemment : il contient de multiples cavités remplies de sang, caractéristiques de l'adénomyome. On ne tente pas l'ablation de la tumeur. Péritonisation.

Suites opératoires : Guérison. Revue 2 ans plus tard, la malade n'a présenté aucun phénomène douloureux. Col mobile. Douglas libre.

Obs. CLXXXVII. — Michon et Comte. — Cas 8.

Femme de 48 ans. Deux enfants. Douleurs lombaires, rectalgie, ménorragies. Au moment des règles le sang est noir. Amaigrissement de 20 kg. Un chirurgien a pensé à un cancer viscéral latent.

A l'examen, toucher rectal et vaginal combinés font percevoir une petite masse du cul-de-sac postérieur, du volume

d'une noix, envahissant le rectum, adhérente à la muqueuse vaginale.

Intervention : Hystérectomie totale. La tumeur adhère au rectum, ce qui nécessite l'ablation de la portion adhérente. Suture du rectum.

Suites opératoires : Infarctus pulmonaire le 14e jour. Guérison.

Examen de la pièce : Tumeur grosse comme une amande, adhérant d'une part au cul-de-sac vaginal postérieur, de l'autre au rectum.

Microscopiquement : Ilots adénomateux typiques dans la musculeuse et la sous-muqueuse rectales.

Obs CLXXXVIII. — Michon et Comte. — Cas 9.

Femme de 30 ans. Dysménorrhée grave. Douleurs à la défécation. Epreintes. Douleurs au coït.

A l'examen : Nodule du volume d'une noisette dans le cul-de-sac de Douglas, adhérent au rectum.

1re intervention : Suivant le désir de la malade on tente une opération conservatrice. Laparotomie. Libération d'adhérences recto-utérines qui comblent le Douglas. Thermocautérisation profonde de masses qu'on sent adhérentes à la face postérieure du col. Annexes saines.

Suites opératoires : Malade soulagée pendant 2 mois ; puis les douleurs reparaissent avec ténesme vésical et rectal. Envies fréquentes d'uriner, miction et défécation douloureuses.

A l'examen pratiqué avant les règles, les nodules du Douglas paraissent augmentés de volume (grosseur d'une noix) ; mais un nouvel examen pratiqué après les règles montre que la tumeur a le volume d'une noisette.

2e intervention : (5 mois après la première). Hystérectomie totale après dissection de la tumeur, refoulement de l'ure-

tère droit et ouverture systématique du rectum adhérent. Suture du rectum.

Guérison.

Examen de la pièce : Utérus du volume normal. A la partie postérieure, au niveau de l'insertion vaginale, existent deux nodules, l'un droit, gros comme une amande, l'autre médian gros comme une noix, adhérent au rectum.

Microscopiquement : Adénomyome avec tissu cytogène abondant. Ilots infiltrant la musculeuse et la sous-muqueuse rectales.

Obs. CLXXXIX. — Michon et Comte. — Cas 10.

Diagnostic : Utérus fibromateux.

Intervention : Hystérectomie totale. Deux fibromes : l'un gros comme une noix au niveau de la corne droite, l'autre pédiculé sous-muqueux dans la corne gauche. Sous le péritoine de la face postérieure de l'isthme, on voit un noyau plus développé du côté droit, adhérent à la musculature rectale, mais on arrive à cliver la tumeur.

Il s'agit d'un adénomyome recto-vaginal au début.

Obs. CXC. — Michon et Comte. — Cas 11.

Femme de 43 ans, mariée sans enfant. Dysménorrhée douloureuse violente. Hydrorrhée. Souffre pour s'asseoir. Constipation opiniâtre. Amaigrissement.

Intervention : Pfannenstiel. Utérus bourré de petits fibromes. Les deux ovaires, situés en arrière de l'utérus, sont kystiques et très adhérents. Dans la cloison recto-vaginale, existe une masse médiane, du volume d'une noix, adhérente au rectum qui est froncé à ce niveau. On détache cette masse en entaillant l'utérus. Hystérectomie totale difficile.

Examen des pièces : A l'origine utérine de chaque ligament rond on trouve une induration du volume d'une noisette. Microscopiquement : adénomyome des ligaments ronds.

La masse recto-vaginale a la surface d'une pièce de 2 francs. Au centre existe une cavité grosse comme un pois chiche. L'autre moitié est restée adhérente au rectum.

Muqueuse utérine fongueuse avec un petit polyte muqueux au fond. Cavité cervicale dilatée. La paroi cervicale postérieure amincie repose sur l'adénomyome.

Microscopiquement : Adénomyome typique avec tubes adénomateux entourés d'anneaux de fibres musculaires lisses.

Les ovaires contiennent de vieux caillots aplatis « en galets », noirs, desséchés, et des poches kystiques emplies d'un liquide hématique, noirâtre et gluant, analogue à du cambouis (vraisemblablement endométriomes de l'ovaire).

Obs. CXCI. — Michon et Comte. — Cas 12.

Femme de 31 ans. Pas d'enfant. Réglée à 12 ans. A toujours eu des règles douloureuses, mais depuis 2 ans cette dysménorrhée s'accentue ; elle est actuellement « atroce », avec douleurs dans tout l'abdomen. Coït extrêmement douloureux.

La malade a été traitée pour rétroflexion.

A l'examen, utérus de volume normal, antéfléchi. Dans le Douglas, juste derrière le col et faisant corps avec lui, noyau saillant, des dimensions d'une pièce de 2 francs, grenu, adhérent à la muqueuse vaginale. Par le toucher rectal on perçoit la même surface finement lobulée, mais la muqueuse est libre.

Diagnostic : Adénomyome recto-vaginal.

Intervention le 2e jour les règles pour rechercher la distension sanguine des cavités de la tumeur. Hystérectomie totale avec conservation des annexes. La tumeur est un noyau des dimensions d'une petite noix, aplati en galet, à surface gre-

nue, adhérent au péritoine qu'il soulève. En décollant le rectum, la muqueuse est mise à nu sur l'étendue d'une pièce de 0 fr. 50.

Examen de la pièce : A la coupe, la tumeur est farcie de petites cavités kystiques à contenu goudronneux. La plus grosse a les dimensions d'un pois.

Microscopiquement : Adénomyome typique.

Obs. CXCII. — Michon et Comte. — Cas 13

Femme de 28 ans. Appendicectomie il y a 10 ans. Un enfant de 3 ans. Amaigrissement. Constipation habituelle. Depuis 2 ans, dysménorrhée douloureuse progressive, devenue extrêmement violente. Rapports sexuels très pénibles. La canule vaginale provoque une douleur très vive en un point limité, lorsqu'elle est dirigée en arrière et à droite.

A l'examen : Utérus rétrofléchi, peu mobile. En arrière du col, à l'insertion du ligament utéro-sacré droit, noyau dur, extrêmement douloureux, gros comme une noisette, plaqué contre le col et adhérent à la muqueuse vaginale. On le retrouve par le toucher rectal. Pas d'autre point douloureux.

Intervention le 2e jour des règles. Annexes saines. Rétroflexion fixée par la rétraction du ligament utéro-sacré droit, épaissi par une tuméfaction adhérente à l'isthme, donnant une sensation de résistance dure, élastique, kystique, ayant les dimensions d'une grosse noisette. La ponction au bistouri donne du sang noirâtre. Résection aussi complète que possible de cette tumeur en mettant à nu la muqueuse rectale. Péritonisation. Ligamentopexie.

Suites : Malade suivie ultérieurement. Plus de douleurs, mais au niveau de l'ancienne tumeur on perçoit encore un empâtement mal délimité et indolore.

Obs. CXCIII. — Michon et Comte. — Cas 14

Femme de 36 ans. Réglée à 11 ans, et sans douleurs jusqu'à 15 ans. A partir de cet âge, a toujours souffert de ses règles. Premiers rapports sexuels à 33 ans. Aggravation des douleurs depuis un an. Souffre dans l'intervalle des règles, dans le bas-ventre du côté gauche et dans la jambe gauche. Souffre pour s'asseoir, pour marcher. Amaigrissement de 3 kgr. depuis 6 mois.

A l'examen : Utérus en rétroversion ; gros kyste gauche douloureux à sa base ; on y sent, par le toucher rectal, un petit nodule gros comme un pois et très douloureux à la pression.

Intervention : Laparotomie. Utérus rétroversé. La partie inférieure du corps est coudée, et cette coudure est fixée par des adhérences utéro-utérines. Décollement de l'ovaire gauche adhérent. Corps utérin fibromateux. Hystérectomie totale. Le dégagement de la face postérieure de l'utérus est malaisé, et nécessite une dissection du rectum, qui remonte accolé à la face isthmique de l'utérus. Le paramètre gauche est infiltré et contient des nodules.

Examen de la pièce : L'examen au niveau de la zone d'adhérences rétro-utérines montre un nodule du volume d'un pois chiche ayant microscopiquement la structure de l'adénomyome.

Suites : Guérison.

Obs. CXCIV. — Michon et Comte. — Cas 15

Femme de 28 ans. Réglée à 15 ans. Les règles ont toujours été très douloureuses, et cette dysménorrhée va en empirant. Douleurs toujours plus marquées à droite. Relations sexuelles à peu près impossibles en raison des douleurs. Contact de la canule vaginale très douloureux en arrière à droite.

A l'examen : empâtement annexiel imprécis à droite. Uté-

rus rétroversé. Au-dessous du col, à droite, noyau adhérent à la muqueuse vaginale, dur, très douloureux, gros comme une petite noisette. On retrouve ce noyau par le toucher rectal : la muqueuse glisse mal à ce niveau.

Intervention : Laparotomie. Trompe droite fermée, distendue, à contenu trouble ; du même côté, kyste folliculaire de l'ovaire. Ablation des annexes droites. A gauche, trompe fermée et ovaire d'aspect sain : salpingostomie gauche.

Dans le Douglas tumeur solide, dure, des dimensions d'une petite noisette, développée dans l'épaisseur de la paroi vaginale au contact du col, entre les ligaments utéro-sacrés dont elle est absolument indépendante. Incision transversale de la séreuse sur cette tumeur. Pour réséquer ce noyau on doit découper dans la paroi vaginale une rondelle de 5 cm. de diamètre et entailler la graisse prérectale jusqu'au muscle. Péritonisation. Drainage filiforme par le vagin.

Suites opératoires : Guérison. Revue deux mois après : plus de douleurs. Au niveau du point réséqué la paroi est souple.

Obs. CXCV. — X... — Cité par Violet et Michon. — IV[e] Congrès de l'Assoc. des Gyn. et Obst. de langue française.

Femme se plaignant de douleurs de la région sacrée, exacerbées par la marche, la fatigue, les règles.

A l'examen, outre des lésions annexielles, on trouve un adénomyome du cul-de-sac postérieur et latéral gauche, du volume d'une noix.

On conseille l'intervention.

La malade est opérée par un autre chirurgien qui pratique une hystérectomie abdominale subtotale pour salpingite. La patiente, non soulagée, revient consulter. On retrouve la même lésion au niveau du cul-de-sac postérieur.

Nouvelle intervention : on est obligé de réséquer une partie du rectum. Mort.

Obs. CXCVI. — Boerma. — Adénomyome du tissu conjonctif du bassin avec envahissement du vagin. — *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 10 octobre 1925 (d'après le C. R. du *Journ. de Chir.*, sept. 1926).

Femme de 35 ans. Hémorragies génitales depuis 2 mois. A l'examen, on trouve, incluse dans la cloison recto-vaginale, une tumeur du volume d'une petite pomme de terre. Muqueuse vaginale envahie en plusieurs endroits. C'est dans ces foyers néoplasiques que prennent naissance les hémorragies.

Intervention : Exérèse totale. Le péritoine est déchiré au cours de l'intervention.

Suites : Guérison rapide. Au bout d'un mois il ne reste dans le cul-de-sac postérieur qu'une cicatrice reposant sur une base un peu indurée.

Microscopiquement : Adénomyome.

Conclusions

Les adénomyomes ou endométriomes du vagin, du cul-de-sac de Douglas, des ligaments utéro-sacrés et de la base des ligaments larges doivent être réunis dans un chapitre d'ensemble. Ces adénomyomes vaginaux et para-vaginaux constituent un groupe bien individualisé par un certain nombre de caractères nettement définis ; adhérence très précoce à la paroi rectale, extension possible à la base des ligaments larges, tumeur perceptible par le toucher vaginal et venant même parfois pointer dans la cavité du vagin sous forme de polypes ou de petits kystes.

La tumeur, formée d'un tissu fondamental fibro-musculaire où sont disséminés des éléments épithéliaux identiques à la muqueuse utérine tant au point de vue morphologique que fonctionnel, débute soit par un noyau unique (forme nodulaire), soit par des nodules sous-péritonéaux multiples (forme disséminée). A un stade plus avancé elle forme une masse diffuse, adhérant au col, au vagin, au rectum, infiltrant le paramètre, et comprimant parfois les uretères. Dans des cas exceptionnels la tumeur

reste assez limitée et forme une volumineuse masse kystique (forme kystique).

L'origine de ces formations est encore très discutée. Il semble qu'il faille considérer les éléments endométrioïdes comme le résultat d'une hétérotopie épithéliale d'origine séreuse, ou beaucoup plus rarement d'origine muqueuse.

Cliniquement, l'affection se traduit essentiellement par une dysménorrhée douloureuse, où les troubles rectaux jouent un grand rôle. L'examen physique pratiqué au début peut donner des signes très caractéristiques ; mais à une période avancée on a plutôt l'impression d'une tumeur maligne, et spécialement d'un cancer du rectum. Aussi faut-il attacher une importance toute particulière au toucher rectal qui montre que, bien que la paroi intestinale soit infiltrée et adhérente, la muqueuse reste toujours souple et mobile.

L'adénomyome para-vaginal, ayant parfois une évolution assez rapide, est justiciable d'une thérapeutique énergique. On fera une hystérectomie abdominale totale, avec ablation des annexes, de la portion de vagin nécessaire, et extirpation de la plus grande partie de la tumeur. Pour cela on disséquera au besoin les uretères, mais on ne réséquera pas la paroi rectale. Il ne faut pas trop redouter de laisser, dans la cavité pelvienne, des éléments de la tumeur, car très souvent ils régressent spontanément après l'intervention.

Si après l'intervention on constate une récidive ou une croissance des éléments adénomyomateux qu'on a renoncé à enlever, on a, dans la curiethérapie une thérapeutique puissante, qui fera régresser et disparaître définitivement les derniers vestiges de la tumeur.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie [1]

Amann. — Adénomyosite recto-utérine. — *Bayer. Gesells. für Gyn.*, 1912. — *Monats. für Geburts. und Gyn.*, XXXVI.

— Sur la fibro-adénomatose du cul-de-sac postérieur. — *Monats. für Geburts. und Gyn.*, XLII.

Balassanian. — Sur les adénomyomes recto-cervicaux. — Thèse de Munich, 1913.

Bardon. — Adénome végétant de la muqueuse du corps utérin, Bordeaux, 1926.

Bazy (L.). — Adénomyome de l'utérus. — Soc. Anat. de Paris, 7 février 1912. — Sur les adénomyomes de l'appareil génital de la femme. — *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1922.

Becker. — Deux cas d'adénomyosis de l'utérus et du rectum. — *Zentr. für Gyn.*, 1920, p. 490.

Bortkiewitsch. — Adénomyomes du tractus génital de la femme. — *Arch. für Gyn.*, 1913, CI, p. 621.

* Boskelmann. — Thèse de Berlin, 1920.

Boursier et Auvray. — Précis de Gynécologie, 1926.

Boursier de la Roche. — Les fibromyomes du vagin. — Thèse de Paris, 1907.

* Brady. — Aénomyome du septum recto-vaginal. — *Johns Hopkins Hospital Bull.*, 1925, XXXVI, 266.

(1) Les ouvrages précédés d'une astérique (*) n'ont pas été consultés par nous.

Breus. — Sur les images glandulaires dans les myomes de l'utérus, Leipzig, 1894.

Bumke. — Néoformations épithéliales dans le tissu intermédiaire recto-génital de la femme. — Thèse de Berlin, 1914.

Bungart. — Sur les hétérotopies épithéliales endométrioïdes. — *Archiv für Klin. Chir.*, 1925, CXXXVII.

Cadenat. — A propos d'un cas de fibrome du vagin. — *Gyn. et Obst.*, 1921, III.

Caillaud. — Fibrome de la portion sus-vaginale du col développé dans la cloison recto-vaginale. — *Bull. Soc. Anat.*, déc. 1911.

Caraven. — Hématocèle pelvienne par sténose cicatricielle du col sans hématométrie. — *Presse Médicale*, 1910, n° 62.

Carey Culbertson. — Adénomyome du Douglas. — *Chicago Gyn. Soc., in Surg. Gyn. and Obst.*, 1924, XXXIX.

Carnac Rivett. — Tumeur calcifiée du septum recto-vaginal. — *Proc. of the Roy. Soc. of Med.*, London, 1922-23, XVI.

Chevassu. — Ganglion lymphatique du septum recto-vaginal. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1910.

Clare. — Adénomyomes du septum recto-vaginal. — *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, 1923.

Clifford White. — Adénomyome du Douglas. — *Proc. of the Roy. Soc. of Med.*, London, 1913.

Cullen. — Adénomyomes de l'utérus, Philadelphie, 1908.

— Adénomyome du septum recto-vaginal. — Trans. Southern Surg. and Gyn. Assoc., 1913.

— Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Jour. Amer. Med. Assoc.*, mars 1914.

— Un nouveau cas d'adénomyome du septum recto-vaginal. — *Surgery, Gyn. and Obst.*, 1915.

— Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Journ. Amer. Med. Association*, 1916, LXVII.

— Adénomyome du septum recto-vaginal. — *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, XXVIII, nov. 1917.

— Distribution des adénomyomes contenant de la muqueuse utérine. — *Amer. Journ. of Obst.*, août 1919.

— Distribution des adénomyomes contenant de la muqueuse utérine. — *Archives of Surg.*, sept. 1920.

* Davidsohn. — Tumeurs pré-rectales. — *Charité Ann.*, XXX, 1906, p. 415.

Dobbert. — Anatomie de la grossesse extra-utérine. — *Virchow's Archiv für path. Anat.*, CXXIII, 1891.

Donald (Archibald). — Adénomyomes de l'espace recto-vaginal et leur association avec les kystes goudron des ovaires. — *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, 1922, XXIX.

— L'aspect clinique des adénomyomes pelviens de la femme. — Proc. of the Roy. Soc. of Med., London, 1923, XVII.

* — Une statistique sur les symptômes cliniques des adénomyomes extra-utérins. — *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, XXXII.

Fiolle (J. et P.) — Les fibroses périmétro-rectales. — *Journal de Chir.*, 1914, I, 575.

Fordyce. — Reflux du sang de l'utérus dans la cavité péritonéale. — Soc. d'Obst. d'Edimbourg. — *Edimburg Med. Journ.*, 1912, VIII.

Forgue et Grgnfelt. — Adénome pelvien de l'espace para-rectal. — *Bull. de l'Assoc. pour l'étude du cancer*, 1922, p. 465.

Forgue et Massabuau. — L'adénomyomatose diffuse de l'utérus et du rectum. — *Paris-Médical*, 1913, I, 525.

* Forsszner. — Un cas d'adénomyome s'étendant au rectum. — *Hygiea* (Stockholm), 1911, n° 12.

Frankl O. — Clinique et Pathologie de l'adénomyose. — *Zentral. für Gyn.*, 1922, p. 241.

— Sur l'endométriome des ovaires. — *Monats für Geburts. und Gyn.*, 1926, LXII.

Von Franqué. — Tumeur mixte du cul-de-sac de Douglas. — *Zentr. für Gyn.*, 1919.

Fredet. — Sur l'origine des kystes du vagin. — *Annales de Gyn.*, mars 1904.

Freund H. — Adénomyosite recto-vaginale. — *Zentr. für Gyn.*, 1922, p. 191.

Freund R. — Image décidualiforme du vagin. — *Geburts. Gyn. Gesells in Wien.*, 8 mars 1910.

— Image décidualiforme du vagin. — *Gyn. Rundschau*, 1911, V.

— Adénomyositis recto-vaginale. — *Zeits für Geburts. und Gyn.*, 1921, LXXXIII.

Fries. — Sur deux cas d'adénomyosite de l'utérus avec envahissement de la paroi rectale. — Thèse de Heidelberg, déc. 1914.

Funke et Tilp. — Deux cas d'adénomyomes. — *Strassburg. Med. Zeitung*, 1910.

Füth. — Adénomyomes de l'utérus. — *Zentralblatt für Gyn.*, 1903.

— Contribution à l'étude de l'adénomyose de l'utérus et du rectum. — *Archiv. für Gyn.*, 1917, p. 373.

Goldstine. — Adénomyome recto-vaginal. — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1921, XXXIII.

Goldstine et Fogelson. — Adénomyomes du septum recto-vaginal. — *Surg. Gyn. and Obst.*, juin 1924.

Gossmann. — Adénomyome vaginal du canal de Wolff. — *Gyn. Gesells. in München*, 22 nov. 1899. — *Monats. für Geburts. und Gyn.*, 1900, XI, 460.

Griffith. — Adénomyome du Douglas avec réaction déciduale. — *Proceed. of the Royal Soc. of Med.*, London, juillet 1914.

Guérin (Alphonse). — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, Paris, 1878.

Guleke et Schickelé. — Adénomyosite du péritoine pelvien. — *Archiv für Gyn.*, 1917, CVII.

Haeubeur. — Le proliférations épithéliales endométrioïdes hétérotopiques dans la littérature anglo-américaine. — *Monats. für Geburts. und Gyn.*, 1925, LXVIII.

Halban. — Hystéro-adénosis métastatique. — *Geburts. gyn. Gesells in Wien.*, 11 nov. 1924.

— Hystéro-adénosis métastatique. — *Archiv für Gyn.*, avril 1925.

Halter. — Contribution expérimentale à l'hétérotopie de l'épithélium utérin. — *Wiener Klin. Wochens*, juil. 1925.

Hartz. — Cystadénome de la paroi abdominale postérieure. — *Monats. für Geburts. und Gyn.*, 1899, IX, 812.

— Nouveaux travaux sur les tumeurs mésonéphrotiques. — *Monats. für Geburts. und Gyn.*, XIII.

Hedley. — Hématomes de l'ovaire. — *J. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1910, XVIII.

Heim. — Hypertrophies épithéliales endométrioïdes. — *Zentr. für Gyn.*, 1925.

Heine. — Adénomyomes de l'appareil génital de la femme. — Thèse de Berlin, 1903.

Heineberg. — Adén. du septum recto-vaginal. — *Amer. Journ. of Obst.*, 1917.

— Adén. du septum recto-vaginal. — *Amer. Journ. of Obst.*, 1919.

Von Herff. — Sur les adénomyomes du vagin. — *Verhandl. der Deutsch. Ges. für Gyn.*, 1897. — C. R. in *Zentr. für Gyn.*, 1897, p. 783.

Herly. — Adénomyome de la cloison recto-vaginale. — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1924, XXXIX, p. 626.

Ito. — Sur les fibromes, cysto-fibromes et adéno-fibromes du vagin. — Thèse de Halle, 1897.

* Iven. — Adénomyome du Douglas. — *Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1925.

Jacobs F. — Sur quelques tumeurs adénomyomateuses des organes génitaux de la femme. — *Beitr. zur Geb. und Gyn.*, 1914, XIX, 159.

* Jacobson. — Implantation d'endomètre dans la cavité péritonéale du lapin. — *Amer. Journ. of Obst.* — *Archives of Surg.*

Jessup. — Adén. recto-vaginal. — *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1914.

Judd et Foulds. — Adénomyomes envahissant le sigmoïde. — *Surg. Gyn. and Obst.*, nov. 1923.

Katz et Szenes. — Implantation d'endomètre dans la cavité péritonéale du cobaye. — *Zentr. für Gyn.*, 1924, XLVIII, 2.400.

Kellogg. — Adénomyome recto-vaginal. — *Boston Med. and Surg. Journal*, 1917.

King. — Adénomyomes pelviens. — Proc. of the Royal Soc. of Med., London, mai 1923, XVI.

— Les symptômes cliniques des adénomyomes pelviens. — *The British Médical Journal*, 27 septembre 1924.

Kinoshita. — Sur les hypertrophies décidualiformes du péritoine et des ovaires pendant la grossesse intra-utérine. — *Monats. für Geburts. und Gyn.*, 1898.

Kleinhans. — *Zeitsch. für Geburts. und Gyn.*, LII.

Kotzareff. — Adénomyome et radiothérapie. — Rapport de P. Delbet. — *Bull. Soc. Chir. de Paris*, 1920. p. 432.

* Krakowsky. — Adénomyome recto-vaginal avec endométrite chronique. — *The Médical Jour. of Australia*, déc. 1922, n° 23.

* Krebs. — Paramétrite postérieure. — *Monats. für Geburts und Gyn.*, 1925, LXIX.

Kroenig. — Adénomyome kystique de la face postérieure de l'utérus. — *Beiträge zur Geburts. und Gyn.*, 1901, IV, 61.

Lahm W. — Sur l'adénomyose de l'appareil génital de la femme. — *Zeits. für Geburts. und Gyn.*, 1923, LXXXV.

Lapthorn Smith. — Tumeurs calcifiées recto-vaginales. — Proc. of Royal Soc. of Med., 1922-1923, XVI.

Lauche. — Les proliférations hétérotopiques endométrioïdes extra-génitales. — *Virchows Archiv. für path. Anat.*, 1923, CCXLIII, 298.

— La signification des proliférations épithéliales hétéropiques, et leur explication par l'auto-implantation d'endomètre. — *Dents. Med. Wochenschrift*, 9 mai 1924.

— Remarques sur les images déciduales du vagin. — *Zentr. für Gyn.*, 1924.

Leitch. — Proc. of Royal Soc. of Med., London, juillet 1914.

Letulle, Tuffier et Lambert. — Endométriomes et dysembryoplasies utérines. — *Bull. Acad. Méd.*, 1925, p. 1039.

Linden. — Sur les adénomyomes. — *Zentr. für Gyn.*, 1924, 23 août.

Lochrane. — Adénomyome recto-vaginal avec réaction déciduale. — *Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1922.

— Adénomyome recto-vaginal avec réaction déciduale. — *Jour. of Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1923.

Lockyer. — Adénomyome du septum recto-vaginal. — Proc. of Royal Soc. of Med., London, 1913.

* — Fibroïds and Allied Tumours. — Eden and Lockyer's New System of Gyn., vol. II, p. 350.

Louis. — Les adénomyomes de l'utérus. — Thèse de Lyon, 1908.

* Mahle et Mac Carty. — Adénomyomes ectopiques de type utérin. Dix cas. — *J. Lab. and Clin. Med.*, 1920, p. 218.

Marc Sée. — *Bull. Soc. Chir.*, 188, XIV.

Mayer, Aug. — Paramétrite et paravaginite postérieure avec formations épith. hétérotopiques. — *Monats. für Geburts. und Gyn.*, 1915, XLII.

Meyer, Robert. — Sur les glandes vaginales et vulvaires du fœtus et du nouveau-né. — *Zeits. für Geburts. und Gyn.*, XLVI.

— Sur la paramétrite et paravaginite postérieure avec formations épithéliales hétérotopiques. — *Zentr. für Gyn.*, 1909, n° 26.

— Sur les proliférations épithéliales hétérotopiques inflammatoires. — *Virchows Archiv für Path. Anat.*, 1908, vol. 195.

— Sur la genèse mésonéphrotique des adénomyomes. — *Zentr. für Gyn.*, 1923, p. 577.

— Adénomyosite séro-épithéliale. — *Zentr. für Gyn.*, 1919.

— La signification de la prolifération épithéliale hétérotopique de l'ovaire et du péritoine. — *Zentr. für Gyn.*, 1924, XLVIII. — *Virchows Archiv für path. Anat.*, 1924, CCL, p. 595.

— Adénomyose et fibro-adénomatose extra-génitale. — *Zentr. für Gyn.*, 1925, p. 1170.

— Remarques critiques sur l'hystéro-adénosis métastatique de Halban. — *Zentr. für Gyn.*, 1925, n° 38.

Michon et Comte. — Les adénomyomes de l'espace recto-vaginal. — *Journal de Chirurgie*, avril 1926.

Moraller. — Cystadénofibrome du vagin. — *Verhandl. der deuts. Gesells. für Gyn.*, 1907.

Nadal. — Un cas d'adénomyome de la paroi postérieure du vagin. — *Bull. Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1911, IV, 338.

Nyström. — Finska Läkaresällsk apets Handligar. 1925, LVIII.

Oberling. — Les endométriomes. — *Annales d'Anat. path.*, sept. 1924.

Von Oettingen. — La formation des kystes chocolat par hypertrophie épithéliale hétérotopique de l'ovaire. — *Zentr. für Gyn.*, 1924, XLVIII, 1129.

Pels Leusden. — Anatomie pathologique de l'éclampsie puerpérale. — *Virchows Archiv für path. Anat.*, 1895, CXLII.

Petit-Dutaillis. — Tumeur congénitale du cul-de-sac vaginal postérieur. — *La Gynécologie*, avril 1920.

Pfannenstiel. — Verhand. der deuts. Gesells. für Gyn., 1897. — C. R. in *Zentr. für Gyn.*, 1897, p. 784.

Pick. — Adénomyomes du vagin. —*Archiv. für Gyn.*, 1899, LVII. — Arbeiten aus den path. Institut zu Tubingen, p. 170.

Pinksohn. — Sur l'adéno-myo-hyperplasie recto-vaginale. — *Zentr. für Gyn.*, 1923, p. 231.

* Pinna Pintor. — Epithélioma cylindrique du vagin. — *Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino*, 1900, n° 5.

Polster. — Les proliférations hétérotopiques ayant la structure de la muqueuse utérine. — *Virchows Archiv für path. Anat.*, CCLIX, 6 janv. 1926.

Potherat. — Fibromyome recto-vaginal. — Soc. Chir. de Paris, 24 oct. 1906.

Von Preuschen. — Sur les formations kystiques du vagin. — *Virchows Archiv für path. Anat.*, 1877, LXX.

Raspini. — Sur l'adénomyomatose de l'utérus et du rectum. — *Gynecologia*, 1913, IX, p. 577.

Von Recklinghausen. — Les adénomyomes et cystadénomes de l'utérus et des trompes, Berlin, 1896.

Reichenfeld. — Sarcome recto-vaginal. — *Zentr. für Gyn.*, 1901, p. 1048.

Renisch. — Contribution à l'étude de l'adénomyosite de l'utérus et du rectum. — *Zeits. für Geburts. und Gyn.*, LXX, 1912.

Robinson. — Sur l'histogenèse des proliférations endométrioïdes hétérotopiques. — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1925.

Rosenstein. — Sur un adénome de la paroi vaginale postérieure. — *Gyn. Gesells. Breslau*, 26 nov. 1912. —

C. R. in *Zentr. für Gyn.*, n° 14, p. 497 et in *Frommels Jahresbericht*, 1913, p. 153.

Rosthorn. — Formes rares de myomes utérins. — *Monats für Geburts. und Gyn.*, 1904, XX, p. 1151.

Russel Andrews. — Adénomyome des ligaments utéro-sacrés. — *Proc. of Med.*, London, 1923.

— Deux cas de rétention des règles avec épanchement sanguin libre dans le péritoine. — *The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, 1911, XXXIV.

Sampson. — L'histoire des hématomes ovariens du type endométrial ou mullerien. — *The Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1922, IV, 451.

— Inclusions endométriales bénignes et malignes dans la cavité péritonéale. Leur relation avec certaines tumeurs ovariennes. — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1924, XXXVIII, n° 3.

— Kystes hématiques perforants de l'ovaire. Leur relation avec les adénomes pelviens du type endométrial. — — *Arch. of Surg.*, 1921, III, p. 245.

Schickelé. — Nouvelles recherches sur les tumeurs mésonéphrotiques. — *Beitr. zur Geburts. med. Gyn.*, 1902.

— Hypertrophie glandulaire rare du tissu conjonctif pelvien. — *Monats für Geburts. und Gyn.*, XXXVII, p. 382.

— Endométriomes du tissu para-vaginal. — *Bull. Soc. Anat.*, 1923.

— Voir également : Guleke et Schickelé.

Schiller. — Adénofibrose du Douglas et de l'ovaire. — *Geburts. Gyn. Gesells. in Wien.*, 9 déc. 1924.

Schloffer. — La laparotomie pour extirpation du rectum. — *Bruns Beitr. zur Klin. Chir.*, 1904, XLII.

Schmorl. — Hypertrophies décidualiformes macro-cellulaires sur le péritoine et les ovaires pendant la grossesse intra-utérine. — *Monats für Geburts. und Gyn.*, 1897, V, p. 46.

* Schwab, Max. — *Beitr. zur Geb. und Gyn.*, 1908, XII.

Shaw. — Adénomyome recto-vaginal avec polypes vaginaux. — *Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1925.

Shaw et Addis. — Adénomyomes recto-vaginaux associés à des kystes goudron des ovaires. — *Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1922, XXIX.

Spencer. — Adénomyome du vagin simulant un cancer du col. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, London, janvier 1923 et *Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 1923, XXXI.

— Adénomyomes. — *Proc. Royal Soc. of Med.*, London, mai 1923.

Stemmelen. — Adénomyome recto-vaginal. — Thèse de Strasbourg, 1913.

Stevens. — Adénomyome de la paroi vaginale. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, nov. 1909.

— Adénomyomes recto-vaginaux. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, 1916.

Stravoskiadis. — Sur les images décidualiformes du péritoine. — *Wiener Klin. Wochens.*, 1901, XIV, 979.

Szamec. — Sur un sarcome de la cloison recto-vaginale. — *Zentr. für Gyn.*, 12 mai 1923.

Turmann. — L'hématocèle rétro-utérine consécutive aux kystes wolffiens et endométriomes de l'ovaire. — Thèse de Paris, 1925.

Ulesco Sroganowa. — Tissu décidual dans le vagin pendant la grossesse. — *Zentr. für Gyn.*, 1924.

Vautrin. — Considérations sur les tumeurs kystiques de l'utérus. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, juin 1913.

Violet et Michon. — Les adénomyomes de l'utérus et des ovaires. — IV[e] Congrès des Gyn. et Obst. de langue franç., Paris, octobre 1925.

Wald, Hans. — Un cas d'adénomyome du col utérin. — Thèse de Munich, 1914.

WALKER. — La structure des membranes de l'œuf dans la grossesse abdominale. — *Virchows Archiv für path. Anat.*, 1887, CVII.

WALTHARD. — Tissu glandulaire dans le paramètre. — *Mittelrein. Gesells. für Geburts. und Gyn.*, 17 nov. 1912. — C. R. in *Monats. für Geburts. und Gyn.*, 1913.

WESTMANN. — Adénomyomes et adénomyométrite. — *Archiv für Gyn.*, 1922, CXVI.

WILLIAMSON. — Adénomyome recto-vaginal. — *Proc. of Royal Soc. of Med.*, XVI, mai 1923.

WINTERNITZ et HENKE. — Statistique des tumeurs rétro-utérines sous-péritonéales. — *Beitr. zur Geburts und Gyn.*, 1901, IV, p. 49.

WOLFF. — Sur les adénomyomes envahissant les organes voisins. — *Mittelrein. Gesells. für Geb. und Gyn.*, déc. 1913. — C. R. in *Monats für Geburts. und Gyn.*, XXXIX, p. 580.

ZWEIFEL. — *Vorlesungen über Klin. Chir.*, Berlin, 1892, p. 253.

Imuges. — Imp. Commerciale Perrette

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 De.